



Márcia Freitas

**Prática Autoreportada da
Fisioterapia em Indivíduos com Dor
Cervical Não Específica em
Portugal**

Dissertação de Mestrado em Fisioterapia em
Condições Músculo-Esqueléticas

Orientador| **Professor Doutor Eduardo Cruz**

Novembro 2019

Relatório do Projeto de Investigação apresenta para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia, área de especialização em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas, realizado sob a orientação científica do Professora Eduardo Cruz e coorientação da Professora Lúcia Domingues.

Agradecimentos

Em primeiro lugar quero agradecer ao Professor Doutor Eduardo Cruz, porque sem a sua disponibilidade, perseverança e confiança não teria conseguido alcançar esta etapa académica que tanto ansiava. Um obrigado por todo o conhecimento e sabedoria partilhado.

Foram dois anos de aquisição de conhecimento do qual me orgulho imenso. Em especial por saber que fui acompanhada pelos melhores profissionais em diferentes áreas de especialidade desde a Medicina à Fisioterapia.

Quero agradecer também, em especial, à Professora Lúcia Domingues que será sempre a minha fonte de inspiração para querer fazer mais e querer ser melhor fisioterapeuta.

Não quero deixar esquecidos o Professor Marco Jardim e a Professora Rita Fernandes, os meus professores contratados, que mostram todos os dias, seja na área de investigação ou na prática clínica, a importância dos fisioterapeutas para a saúde da nossa comunidade e dos nossos atletas.

A ti, Vítor, agradeço-te por toda a paciência. Sem ti ao meu lado não estaria, com certeza, a escrever estes agradecimentos.

Aos meus pais, Rita e Rui, e ao meu irmão, Francisco, o meu muito obrigado pela motivação ao longo destes dois anos e pela ajuda em ultrapassar todos os obstáculos que foram surgindo.

Agradeço também a todos os meus colegas de mestrado que se demonstraram sempre disponíveis a ajudar em especial à Susana Sá, Bruna Santos, Bárbara Duarte, Maria Inês Souto e Patrícia Ferreira.

Por fim, quero deixar um agradecimento às minhas colegas de trabalho pela compreensão e apoio.

Resumo

Prática Autoreportada da Fisioterapia em Indivíduos com Dor Cervical Não Específica em Portugal

Freitas, S. (sofiaafreitas@hotmail.com)* Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal;
Domingues, L. (lucia.domingues@ess.ips.pt) Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal;
Cruz, E. (eduardo.cruz@ess.ips.pt) Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal;

*autor para correspondência

Resumo

Introdução: A dor cervical não específica (DCne) é a causa de dor músculo-esquelética na região cervical mais comum (Binder, 2007; Groeneweg *et al*, 2010; Amorim, Gracitelli, Marques & Alves, 2014; Hidalgo *et al*, 2017). A fisioterapia é essencial para providenciar cuidados de elevada qualidade com redução dos custos indiretos associados a esta patologia (Hoy *et al.*, 2014; Carter & Rizzo, 2007). Não existem estudos em Portugal, do nosso conhecimento, que caracterizem a prática dos fisioterapeutas em indivíduos com DCne e se a mesma está de acordo com a evidência atual disponível.

Objetivo: Caracterizar a prática atual dos fisioterapeutas em Portugal em indivíduos com DCne.

Metodologia: Este estudo caracteriza-se como um estudo observacional transversal constituído por 64 participantes com prática laboral em Portugal continental, região autónoma da Madeira ou região autónoma dos Açores; experiência mínima de um ano na área da músculo-esquelética e contacto com indivíduos com DCne no último ano. Foi utilizado um questionário *online* com base numa revisão da literatura das mais recentes diretrizes da prática clínica em que os participantes foram convidados a participar via *email*.

Resultados: Nem todos os fisioterapeutas avaliam as *red flags* associadas à DCne, e como tal, não permite a realização um diagnóstico diferencial rigoroso. Podemos ainda assumir que em utentes com DCne aguda/subaguda o método mais utilizado é a terapia manual (p.e. trigger points, outras não especificadas na tabela ou técnicas miofasciais) com uma percentagem de 92,19% seguida da mobilização articular com 85,94%. O mesmo padrão de prática se verifica em utentes com DCne crónica com uma prevalência de 87,5% e 84,34%, respetivamente. Apenas 48 dos participantes (75,00%) englobam um Programa de Exercício de Força e/ou Resistência para os Flexores Cervicais Profundos no seu plano de intervenção com utentes com DCne crónica. É relevante referir que ainda existe uma percentagem de participantes que integram de forma consistente a eletroterapia e o ultra-som (48,44%) e a tração manual da cervical (65,63%) na sua intervenção.

Conclusões: Este estudo, apesar da sua amostra reduzida e algumas limitações pelo método de amostragem, permitiu identificar diferenças entre a evidência científica atual e a prática profissional dos fisioterapeutas no que diz respeito ao processo de avaliação e às modalidades de intervenção utilizadas na sua prática clínica.

Palavras-Chave: nonspecific neck pain; physiotherapy; physical therapy; Portugal

Abstract

The Pattern of Physical Therapy Practice in People with Nonspecific Neck Pain in Portugal

Freitas, S. (sofiaafreitas@hotmail.com)* Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal;
Domingues, L. (lucia.domingues@ess.ips.pt) Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal;
Cruz, E. (eduardo.cruz@ess.ips.pt) Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal;

* corresponding author

Introduction: Nonspecific neck pain is one of the most common causes of pain of the musculoskeletal system in the neck area (Binder, 2007; Groeneweg et al, 2010; Amorim, Gracitelli, Marques & Alves, 2014; Hidalgo et al, 2017). Studies suggest that physiotherapy its essential to provide high quality health care and reduce the indirect costs of this pathology (Hoy et al., 2014; Carter & Rizzo, 2007). In Portugal there's no studies about clinical practice used by physiotherapists in patients with DCne and if the practice is supported by evidence.

Purpose: Characterize the self-reported practice of Portuguese physiotherapists in patients with DCne.

Methodology: This is a cross-sectional study with 64 participants. All he participants are physiotherapists that practice in Portugal with a minimum experience of a year in the musculoskeletal area and had contact with patients with DCne in the last year. Participants filled an online survey questionnaire that was developed according to a literature review of the latest clinical practice guidelines.

Results: Not all physiotherapists evaluated the red flags associated with nonspecific neck pain, and as such do not allow a rigorous differential diagnosis to be made. We can also assume that in patients with acute / subacute DCne the most commonly used method is manual therapy (eg trigger points, others not specified in the table or myofascial techniques) with a percentage of 92.19% followed by joint mobilization with 85.94%. The same pattern of practice is observed in patients with chronic DCne with a prevalence of 87.50% and 84.34%, respectively. Only 48 of the participants (75%) include a Strength and / or Endurance Exercise Program for Deep Cervical Flexors in their intervention plan with chronic DCne patients. It is important to mention that there is still a percentage of participants who consider electrotherapy and ultrasound (48.44%) and *manual cervical traction* (65.63%) in their intervention planning.

Conclusion: *This study, despite its small sample size and some limitations by the sampling method, allowed us to identify differences between the current scientific evidence and the professional practice of physical therapists regarding the evaluation process and the intervention modalities used in their clinical practice.*

Keywords: nonspecific neck pain; physiotherapy; physical therapy; Portugal

Índice

Introdução	7
Metodologia	13
<i>Tipo de Estudo</i>	13
<i>Participantes</i>	13
<i>Questionário de Caracterização da Prática Profissional da Fisioterapia em Indivíduos com Dor Cervical Não Específica em Portugal</i>	14
<i>Recolha dos Dados</i>	20
<i>Análise dos Dados</i>	21
Apresentação dos Resultados	23
<i>Caraterização dos Participantes</i>	24
<i>Caraterização Genérica do Padrão de Prática</i>	24
<i>Caraterização Específica do Padrão de Prática em utentes com DCne</i>	28
<i>Avaliação de Red Flags para despiste de Patologia Específica</i>	28
<i>Modalidades de Intervenção Utilizadas</i>	29
<i>Associação entre o padrão de prática clínica e as características dos participantes</i>	31
Discussão dos Resultados	35
Limitações do Estudo	40
Implicações do Estudo	40
Perspetivas de Investigação Futura	41
Conclusão	41
Referências Bibliográficas	42
Lista de Figuras	49
Lista de Tabelas	49
Apêndice	50
Anexos	87

Introdução

A dor cervical descrita como simples ou não específica é a causa de dor músculo-esquelética mais comum na região cervical (Binder, 2007; Groeneweg *et al*, 2010; Amorim, Gracitelli, Marques & Alves, 2014; Hidalgo *et al*, 2017). É definida como a ausência de anormalidades estruturais identificáveis ou processos patológicos específicos subjacentes aos sintomas (Ingram, Snodgrass & Rivett, 2017) na região posterior da cervical entre o occipital e o processo espinhoso da primeira vértebra dorsal (Vicent, Maigne, Fischhoff, Lanlo & Dagenais, 2013; Bier, *et al.*, 2018). Esta definição exclui indivíduos com sinais e/ou sintomas de patologia estrutural como fratura, luxação vertebral, lesão medular, infecção, artropatias inflamatórias, dor na cervical superior, enxaqueca ou vertigens (Ingram, Snodgrass & Rivett, 2017; Bier, *et al.*, 2018).

A dor cervical não específica (DCne) está associada a fatores de risco multifatoriais entre os quais postura incorreta, ansiedade, depressão, atividades ocupacionais e desportivas e aumento de tensão cervical (Binder, 2007; Hoy, *et al.*, 2014; Brage, Ris, Falla, Søgaaard & Juul-Kristensen, 2015). Entre 22% e 77% da população geral experiencia dor cervical em algum momento da sua vida (Carroll, *et al.*, 2008; Hogg-Johnson *et al*, 2009; Groeneweg *et al*, 2010; Blanpied, *et al*, 2017). A prevalência de dor cervical aumenta com a idade em ambos os sexos, alcançando valores superiores em indivíduos do sexo feminino com idades entre os 50 e os 59 anos (Groeneweg *et al*, 2010). O seu ponto de prevalência, na população geral, varia entre 10 e 15% (Borghouts, Koesa, Vondelingab & Bouterab, 1999).

Apesar da evolução natural da dor cervical ser favorável, a condição apresenta taxas de cronicidade e recorrência elevadas (Carroll, *et al*, 2008; Graaf & Schmitt, 2012; Vicent, *et al.*, 2013; Beltran-Alacreu, López-de-Uralde-Villanueva, Fernández-Carnero & Touche, 2015; Blanpied *et al*, 2017; Bier, *et al.*, 2018), uma vez que 30% dos indivíduos desenvolve dor persistente e incapacidade (cronicidade) (Binder, 2007; Blanpied, *et al*, 2017; Bier, *et al.*, 2018).

Para além de uma elevada taxa de prevalência na população em geral, a DCne gera elevada incapacidade (Côte, Cassidy, Carroll & Kristman, 2004; Institute for Health Metrics an Evaluation, 2013) em cerca 5% da população (Blanpied, *et al*, 2017), sendo responsável pelo absentismo e redução da produtividade associada a custos económicos indiretos, tais como, custos de tratamento, perda de rendimentos e despesas de compensação por incapacidade a curto e longo prazo (Blanpied, 2017; Hoy *et al.*, 2014; Vicent, *et al.*, 2013; Graaf & Schmitt, 2012).

A fisioterapia é a área de saúde com a intervenção direcionada ao desenvolvimento, manutenção e restauração do movimento e da capacidade funcional dos indivíduos, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida e gestão apropriada das suas condições clínicas (Carter & Rizzo, 2007; WCPT, 2007). A sua prática deve ser orientada pela evidência, ou seja, basear-se

no uso consciente, explícito e criterioso da melhor e mais recente evidência científica, integrando também a experiência clínica adquirida e a perspectiva e valores dos utentes (Carter & Rizzo, 2007; WCPT, 2007). O padrão de prática descreve a amplitude de cuidados da prática clínica. No caso da intervenção em fisioterapia, a prática clínica corresponde a um processo sequencial de várias etapas, nomeadamente a avaliação (exame subjetivo e objetivo), a definição de objetivos, a aplicação de modalidades de tratamento e a avaliação de resultados através de determinados instrumentos de medida (Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, 2018). Como exemplo, no processo de avaliação, e considerando a possibilidade de existir uma causa específica para a dor cervical, como seja, uma situação infecciosa, neoplasia, insuficiência arterial, fratura ou lesões medulares (Binder, 2007; Misailidou, Malliou, Beneka, Karagiannidis & Godolias, 2010; Blanpied *et al.*, 2017) é fundamental que os fisioterapeutas estejam aptos a realizar um diagnóstico diferencial rigoroso (Douglass & Bope, 2004). É igualmente importante que as modalidades de tratamento e a forma como são implementadas estejam de acordo com as recomendações da evidência clínica atual.

De acordo com Bier *et al.* (2018), as recomendações atuais para uma prática informada pela evidência contemplam diferentes modalidades entre as quais a terapia manual, educação, reabilitação biopsicossocial multidisciplinar e o exercício. Estes demonstram efeitos positivos na redução da dor e incapacidade em indivíduos com DCne aguda/subaguda (Vicent, *et al.*, 2013; Bertozzi, *et al.*, 2013; Rolving, *et al.*, 2014; Beltran-Alacreu, López-de-Uralde-Villanueva, Fernández-Carnero & Touche, 2015; Dewitte, *et al.*, 2016; Lauche, *et al.*, 2016; Bier, *et al.*, 2018). Apesar de estudos recomendarem a educação como uma estratégia de intervenção, o nível de evidência para a inclusão da componente de educação é reduzido (Damgaard, Bartels, Ris, Christensen & Juul-Kristensen 2013), mas necessário de acordo com Bier *et al.* (2018) em utentes com DCne aguda/subaguda. Com menor evidência, são referidos outros tipos de intervenções como a punção seca; laser de baixa intensidade; eletroterapia; ultra-som; tração cervical e ainda o uso de colar cervical. Estes não demonstram superioridade de efeito quando comparadas com outro tipo de intervenção ou *placebo*, não sendo, por esta razão, recomendados para indivíduos com DCne aguda/subaguda (Resende, *et al.*, 2017; Bier, *et al.*, 2018).

De acordo com a mais recente norma de orientação clínica em indivíduos com DCne com evolução aguda ou subaguda, o número de sessões de fisioterapia deverá ser limitado a três, nas quais a educação deverá ter maior enfoque, providenciando ainda exercícios complementares, a realizar em casa (Bier *et al.*, 2018).

Para indivíduos com DCne crónica, é recomendada a combinação da terapia manual e programas de exercício. Em complemento, os fisioterapeutas poderão ainda incluir terapia

cognitiva comportamental; massagem; mobilização do tecido neural; *kinesiotape*; agentes térmicos e intervenção no local de trabalho (Bier *et al.*, 2018). Estas últimas modalidades produzem um efeito reduzido a curto e a longo prazo, com um nível de evidência baixo ou muito baixo na DCne crónica, quando comparadas com o *placebo* ou outro tipo de tratamento (Bier *et al.*, 2018; Miyamoto, Lin, Cabrall, van Dongen & van Tulder, 2018). Deste modo, deverão apenas ser utilizadas quando o plano de intervenção inicial não é efetivo (combinação da terapia manual e programas de exercício). Para além disso, o fisioterapeuta deverá também incluir a modificação de fatores de prognóstico psicossociais à sua intervenção educacional, ou, se necessário, encaminhar para um especialista (Bier, *et al.*, 2018).

É expectável que o tempo entre a primeira e a última sessão de intervenção em indivíduos de DCne aguda/subaguda ou crónica corresponda, em média, a 7 semanas (Pool, Raymond, Ostelo, Hoving, Bouter & Henrica, 2007). Contudo, ao contrário do descrito nas recomendações para indivíduos com DCne aguda/subaguda, o período de intervenção com utentes com DCne crónica, deverá ser mais longo, com pelo menos quinze sessões individuais para alcançar maiores efeitos na redução da intensidade da dor (Binder, 2007). Outros estudos referem ainda que em utentes com DCne crónica deverão ser realizadas entre 6 a 20 sessões alocadas em 3 semanas ou 11 semanas, respetivamente (média de 2 sessões por semana) (Childs *et al.*, 2008; Louw *et al.*, 2017).

De acordo com Louw, *et al.* (2017) o tempo total despendido por semana é mais importante do que a frequência de sessões, uma vez que é descrito que sessões de 30 a 60 minutos possuem maior efeito na redução da dor em utentes com DCne aguda/subaguda ou crónica.

Em termos de modalidades específicas de intervenção, a terapia manual é um método de intervenção muito usual na prática clínica em utentes com DCne e também um dos mais recomendados em utentes com DCne aguda/subaguda ou DCne crónica (Damgaard, Bartels, Ris, Christensen & Juul-Kristensen 2013; Hidalgo *et al.*, 2017; Blanpied *et al.*, 2017; Bier, *et al.*, 2018). As recomendações para a aplicação desta modalidade de intervenção consistem na manipulação cervical ou torácica, técnicas miofasciais ou ainda a mobilização articular cervical (Blanpied *et al.*, 2017; Hidalgo *et al.*, 2017). De acordo com um estudo desenvolvido por Hidalgo *et al.* (2017), existe uma superioridade de efeito nos *outcomes* da dor e incapacidade com a realização de técnicas de manipulação e mobilização da coluna cervical quando complementadas com a realização de exercício em utentes com DCne aguda/subaguda. Estas melhorias foram observadas, por Hidalgo *et al.* (2017), com a aplicação de manipulação da coluna cervical combinada com exercício ao fim de seis meses, na dor ($p < .005$ e SMD > 2 Escala Numérica da Dor) e na incapacidade ($p < .005$ e SMD > 1 *Neck Disability Index*), quando comparado com a manipulação da coluna torácica e

exercício em utentes com DCne aguda/subaguda (Hidalgo *et al.*, 2017). Do mesmo modo, quando comparada a mobilização articular com outras técnicas de terapia manual (técnicas miofasciais, por exemplo), ao fim de duas e quatro semanas, existiu uma diferença estatisticamente significativa com maior tamanho de efeito no alívio da dor (SMD >1.1 EVA; >0.8 END) e melhoria da função (SMD >2) a favor da mobilização articular (Hidalgo *et al.*, 2017).

Em utentes com DCne crónica a utilização de técnicas de terapia manual que contemplam a manipulação da coluna cervical e torácica, a mobilização articular da coluna cervical e ainda a combinação da mobilização articular com movimento da cervical são as que resultam em melhores resultados clínicos a curto prazo (Hidalgo *et al.*, 2017). Hidalgo *et al.* (2017) comparou a realização das três modalidades de terapia manual e verificou que, ao fim de duas semanas, todos os grupos demonstraram resultados semelhantes da dor, incapacidade e amplitude de movimento. Quando comparadas as técnicas de manipulação cervical e de manipulação torácica em utentes com DCne crónica, Hidalgo *et al.* (2017), também encontrou resultados semelhantes na dor e amplitude de movimento.

Relativamente aos programas de exercício implementados na intervenção com utentes com DCne aguda/subaguda e crónica a literatura refere que estes deverão contemplar exercícios de força e de resistência muscular, uma vez que reduzem a intensidade de dor e os índices de incapacidade em indivíduos com DCne (Louw, *et al.*, 2017). Para além disso, segundo Borisut *et al.* (2013), os programas de exercício deverão ser específicos para a cervical focando-se na região sintomática específica, o que reduz significativamente a dor e a incapacidade quando comparados com exercícios específicos noutras áreas (por exemplo, ombro) (Louw, *et al.*, 2017). Adicionalmente, a correta explicação e demonstração de um programa de exercício para realizar em casa tem maiores benefícios do que recomendações gerais de exercício, uma vez que permite maior flexibilidade no que diz respeito à rotina do treino (Louw, *et al.*, 2017).

Por fim, e quanto às dimensões e medidas de resultados ou *outcomes* da intervenção utilizados na reavaliação dos utentes, ainda não existe consenso sobre quais devem ser recomendados a indivíduos com DCne (Louw, *et al.*, 2017). Contudo, de acordo com Chiaroto, Ostelo, Turk, Buchbinder & Boers (2017) existem seis domínios relevantes a avaliar em indivíduos com dor crónica nomeadamente, intensidade de dor, capacidade funcional, física e emocional; avaliação da melhoria e satisfação dos utentes com a intervenção implementada e ainda sintomas e eventos adversos (Chiaroto, Ostelo, Turk, Buchbinder & Boers, 2017). Estes domínios vão ao encontro do referido pela literatura que descreve a intensidade da dor e a capacidade funcional como os dois domínios mais relevantes a ser avaliados inicialmente pelos fisioterapeutas em utentes com DCne (Bier, *et al.*, 2018). A avaliação destes parâmetros permitirá monitorizar os

resultados da intervenção face à intensidade da dor, função e incapacidade dos indivíduos (Blanpied *et al.*, 2017) que vai ao encontro dos objetivos principais delineados pelos fisioterapeutas nesta população (Miller *et al.*, 2010).

Apesar de existirem muitos instrumentos de medida descritos na literatura para esta população, a escala numérica da dor ou escala visual análoga para a intensidade da dor e a *neck disability index* para a capacidade funcional são os instrumentos mais recomendados (Groeneweg, *et al.*, 2010; Graaf & Schmitt, 2012; Bertozzi, *et al.*, 2013; Vicent, Maigne, Fischhoff, Ianlo & Dagenais, 2013; Beltran-Alacreu *et al.*, 2015; Ingram, Snodgrass & Rivett, 2017). Para além destes, e ainda que não se encontrem dentro dos domínios mais relevantes a avaliar em utentes com DCne, é de notar que existem ainda outros estudos que consideram relevante a avaliação da força muscular dos flexores cervicais profundos, catastrofização da dor, qualidade de vida, e a cinesiofobia/crenças medo-evitamento, recorrendo a instrumentos de avaliação específicos, como seja o Teste de Flexão Crânio Cervical para os Flexores Profundos, (Graaf & Schmitt, 2012; Kim & Kwag, 2016), a *Pain Catastrophizing Scale* (PCS) (López-Uralde-Villanueva, *et al.*, 2016; Agualusa, Lopes, Patto & Serra 2007), o *Short-form Health Survey* (SF-36) (Groeneweg, *et al.*, 2010; Bosmans *et al.*, 2011; Lauche, *et al.*, 2016) e a *Tampa Scale for Kinesiophobia* (Cleland, Fritz & Childs, 2008; Hudes, 2011), respetivamente. Todos estes instrumentos encontram-se adaptados e validados para a população portuguesa (Ferreira, 1998; Agualusa, Lopes, Patto & Serra 2007; Pereira *et al.*, 2012; Cordeiro, Pezarat-Correia, Gil & Cabri, 2013).

Apesar das recomendações para uma prática informada pela evidência abordarem diferentes elementos da prática clínica, incluindo o que deve ser avaliado e como deve ser avaliado, qual a intervenção recomendada ou como devem ser monitorizados os resultados em saúde obtidos pelos utentes, os estudos realizados nos últimos anos centram a sua análise apenas nas modalidades de intervenção e abordagens utilizadas, frequência e número de sessões efetuadas e ainda na duração do episódio de cuidados (Vicent, *et al.*, 2013; Bertozzi, *et al.*, 2013; Rolving, *et al.*, 2014; Beltran-Alacreu, López-de-Uralde-Villanueva, Fernández-Carnero & Touche, 2015; Dewitte, *et al.*, 2016; Lauche, *et al.*, 2016; Bier, *et al.*, 2018).

Zadro, O'Keeffe & Maher (2019) desenvolveram um estudo com o objetivo de determinar se as modalidades de intervenção utilizadas em fisioterapia estavam de acordo com as recomendações para a intervenção na DCne. Para tal, incluíram os resultados de um questionário endereçado aos fisioterapeutas, no qual poderiam escolher as diferentes modalidades de intervenção em utentes com DCne (com a hipótese de responder às questões com mais de uma opção de resposta). Os resultados mostraram que 85% dos fisioterapeutas reportaram modalidades recomendadas (educação sobre a importância da atividade e do movimento;

manipulação e mobilização articular combinado com programas de exercício; exercícios de fortalecimento e flexibilidade), 38% intervenções não recomendadas (ultra-som; terapia de relaxamento; exercícios de fortalecimento sem complemento de terapia manual; terapia cognitiva comportamental; termoterapia e o aconselhamento/educação para repouso total ou absenteísmo laboral) e 97% utilizam modalidades que não possuem recomendação, ou seja, intervenções em fisioterapia que não foram ainda investigadas ou com evidência inconclusiva para a sua utilização como a acupuntura, terapia manual sem complemento de programa de exercício, McKenzie, mobilização neural, tração, imobilização por colar cervical, *biofeedback* e terapia eletromagnética.

Outro estudo desenvolvido por Madson & Hollman (2017), identificou que 76,60% dos fisioterapeutas nos Estados Unidos da América (EUA) utilizam a tração da coluna cervical em utentes com DCne, modalidade não recomendada. Com uma amostra de 1001 participantes, que representam todas as regiões dos EUA, a maioria referiu ainda que utilizavam a tração em combinação com a componente de educação (86,30%), exercícios de estabilidade (90,50%), exercícios gerais (70,00%), terapia manual (65,20%) e outras modalidades. Neste estudo, um nível de educação profissional superior foi associado com a preferência para o uso de tração manual ($X^2=14.695$, $p<.001$), com 75,00% dos fisioterapeutas com mestrado ou doutoramento a reportar a utilização da tração manual na sua prática clínica quando comparado com 63,6% dos fisioterapeutas com bacharelato.

Carlesso, MacDermid, Gross, Walton, & Santaguida (2014), desenvolveram um estudo internacional, com a colaboração do *International Collaboration on Neck (ICON)*, com o objetivo de verificar quais as preferências de tratamento adotadas pelos fisioterapeutas para a intervenção com utentes com dor cervical. De um total de 360 participantes de dezassete diferentes países entre os quais, Canadá, Reino Unido, Dinamarca, Nova Zelândia, Países Baixos e EUA foi verificado que as duas intervenções mais utilizadas pelos fisioterapeutas foram o exercício e a terapia manual com uma taxa de 98,00%. Para além destas modalidades, 83,00% reportaram utilizar também, aconselhamento ergonómico, 73,00% intervenções relacionadas com o local de trabalho e 73,00% agentes térmicos. Os tipos de exercícios mais comumente utilizados foram o controlo postural (84,00%), alongamento da cervical e dorsal superior (79,00%) e o fortalecimento da cervical e dorsal superior (77,00%). No que diz respeito à terapia manual, a maioria dos fisioterapeutas referiu optar pela mobilização (90,00%) e apenas 56,00% pela manipulação. É ainda de realçar que neste estudo 55,00% dos participantes referiram utilizar também a aplicação de calor/frio, 17,00% acupuntura tradicional e 18,00% punção seca. Para além destas modalidades, 90,00% dos fisioterapeutas indicaram utilizar agentes térmicos, e 71,00% eletroterapia com o objetivo de reduzir a intensidade da dor.

Em síntese, e apesar de a dor cervical ser uma fonte comum de incapacidade (Côté, Cassidy, Carroll & Kristman, 2004) e diversas intervenções em fisioterapia serem descritas como efetivas para o tratamento desta condição (Childs *et al.*, 2008), os estudos realizados acerca da prática da fisioterapia em indivíduos com DCne mostram que existe uma prática heterogénea com utilização de diversas modalidades de tratamento, muitas delas não recomendadas de acordo com as normas de orientação clínica atuais. Por outro lado, os resultados dos estudos realizados são pouco informativos relativamente a outras características da prática essenciais para analisar se está ou não de acordo com essas recomendações, como seja o que é e como é avaliado e reavaliado. Acresce que, do nosso conhecimento, não existem estudos em Portugal sobre as características da prática clínica nesta condição, e se a mesma está de acordo com a mais recente e melhor evidência disponível. Não se sabe o que os fisioterapeutas avaliam, quais as modalidades de intervenção que utilizam, qual a frequência e número de sessões realizadas e ainda a duração do episódio de cuidados. Também não se conhece quais as medidas de resultados ou quais os instrumentos de avaliação e monitorização de resultados que utilizam. Deste modo, o objetivo deste estudo é caraterizar a prática atual dos fisioterapeutas em Portugal em indivíduos com DCne relativamente ao processo de avaliação, intervenção, monitorização e reavaliação em indivíduos com DCne de forma a averiguar a sua distribuição e frequência na prática clínica (Röhrig, Prel, Wachtlin & Blettner, 2009) e analisar o seu alinhamento com as recomendações atuais da evidência.

Metodologia

Tipo de Estudo

Realizou-se um estudo observacional transversal que descreve a prática clínica dos fisioterapeutas em Portugal que intervêm em indivíduos com DCne. A recolha de dados decorreu no período de 08 de maio a 14 de setembro de 2019 através do preenchimento de um questionário *online* culminando com uma amostra de 64 participantes.

Participantes

A população alvo deste estudo foi constituída por fisioterapeutas, de ambos os sexos, a exercer funções no sector público e/ou privado na área de músculo-esquelética em Portugal Continental, Região Autónoma da Madeira (RAM) e Região Autónoma dos Açores cuja prática deveria contemplar indivíduos com dor cervical com ausência de anormalidades estruturais identificáveis ou processos patológicos específicos subjacentes aos sintomas na região posterior da cervical entre o occipital e o processo espinhoso da primeira vértebra dorsal (Ingram, Snodgrass & Rivett, 2017; Vicent, Maigne, Fischhoff, Lanlo & Dagenais, 2013).

Para fazer parte deste estudo todos os participantes eram elegíveis de acordo com os seguintes critérios de inclusão: fisioterapeuta com prática laboral em Portugal; experiência mínima de um ano na área da músculo-esquelética e contacto com indivíduos com DCne no último ano. Foram eliminados todos os fisioterapeutas que não estivessem a exercer a sua atividade profissional em território nacional, os que participaram no pré-teste do instrumento de recolha de dados ou estudantes de cursos de licenciatura em fisioterapia.

Os participantes foram convidados a participar neste estudo via *e-mail*. A identificação dos participantes foi realizada através de um método de amostragem não probabilístico por conveniência e intencional descrito como *snowball sampling* uma vez que a dimensão da população em estudo não é conhecida (Vinuto, 2014). De forma a simplificar a identificação de profissionais e obter um maior número de participantes num curto espaço de tempo, no final do preenchimento do questionário foi pedido aos participantes que indicassem o *email* de pelo menos dois fisioterapeutas que possuísem os critérios de inclusão descritos anteriormente.

Para conseguir abranger um maior número de profissionais, este estudo teve o apoio de alunos e antigos alunos do Mestrado em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal em colaboração com a *Nova Medical School* e a Escola Nacional de Saúde Pública e ainda do Grupo de Interesse em Fisioterapia Músculo-Esquelética na sua divulgação.

De forma a zelar pelos interesses e direitos dos participantes foi entregue uma proposta de estudo à Comissão Especializada de Ética para a Investigação da Escola Superior de Saúde (CEEI-ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal a qual verificou a adequabilidade ética deste estudo, tendo dado parecer favorável à sua realização (anexo 1). Adicionalmente, foi apresentado a todos os participantes um consentimento informado (apêndice 1) no qual é explícito que não iriam ser prejudicados de qualquer modo na sua atividade laboral pela participação no estudo. Foi ainda assegurado que todos os seus dados seriam salvaguardados ao nível da confidencialidade e privacidade e utilizados somente para este estudo de acordo com o novo regulamento de proteção de dados da união europeia. Neste estudo a participação foi de carácter voluntário não usufruindo participantes ou investigadores de qualquer remuneração para o desenvolvimento, preenchimento e análise das respostas ao questionário.

Questionário de Caracterização da Prática Profissional da Fisioterapia em Indivíduos com Dor Cervical Não Específica em Portugal

De forma a averiguar qual a prática atual dos fisioterapeutas em indivíduos com DCne foi desenvolvido um questionário (apêndice 2) disponibilizado *online* na plataforma designada como

Limesurvey. Este instrumento de recolha de dados teve por base uma revisão da literatura existente, *guidelines* e diretrizes da prática clínica. A sua construção teve em conta as etapas designadas por Oppenheim (1992), nomeadamente a elaboração das questões, seguida da validação de conteúdo por um comité de peritos e ainda o estudo piloto.

A análise de estudos semelhantes (Carlesso, MacDermid, Gross, Walton, & Santaguida, 2014; Masdon & Hollman, 2017; Alreni, McLean, Demack, Harrop & Kilner, 2018) permitiu dividir o questionário em três seções que contemplam a seguinte informação: **Seção 1** Caraterização dos Participantes; **Seção 2** Caraterização Geral da Prática Clínica e **Seção 3** Caraterização Específica da Prática Clínica em Indivíduos com DCne. Em cada seção foram selecionados quais os itens a incorporar no questionário, verificando se os mesmos estavam de acordo com os objetivos deste estudo e se iam ao encontro da informação recolhida na pesquisa efetuada.

Assim, a elaboração das respetivas questões foi realizada com a utilização de uma matriz organizadora da informação a recolher por este instrumento de medida, nomeadamente:

Seção 1 Caraterização dos Participantes: Idade; Género; Prática Atual com utentes com DCne; Aquisição de Cédula Profissional; Qualificação Académica; Formação Complementar Pós-Graduada; Anos de Experiência Profissional; Região de Prática; Sector de Prática; Local e Contexto de Prática.

Seção 2 Caraterização Geral da Prática Clínica: Identificação de Prática Clínica em Utentes com DCne; Frequência diária de indivíduos com DCne; Planeamento da Intervenção; Nº médio de sessões; Tempo médio de uma sessão; Frequência semanal com utente com DCne; Duração de episódios de cuidados.

Seção 3 Caraterização Específica da Prática Clínica em Indivíduos com DCne: Contraindicações e precauções para a intervenção com terapia manual em indivíduos com DCne; Avaliação dos fatores de risco da disfunção arterial cervical; Avaliação dos fatores de risco da instabilidade da coluna cervical superior; Exame Subjetivo; Exame Objetivo; Instrumentos de medida; *Outcomes*; Modalidades de Intervenção.

Foram selecionadas questões fechadas dicotómicas ou de escolha múltipla dada a natureza das questões, de acordo com a classificação de Oppenheim (1992). Nas questões em formato de escala de *Likert* de cinco pontos, a possibilidade de resposta variou desde “Nunca” a “Sempre” ou desde “Discordo Totalmente” a “Concordo Totalmente”, e sempre com a oportunidade de registar uma resposta neutra como “Ocasionalmente” ou “Não concordo ou Discordo”. As escalas de *Likert* são uma das formas mais confiáveis para avaliar atitudes e comportamentos, ou opiniões e perceções dos participantes, sendo a sua utilização comum na identificação da

consistência da prática clínica implementada pelos fisioterapeutas em Portugal (Sá & Cruz, 2018; Santos & Cruz, 2019).

Na segunda etapa da validação do questionário foi pedido a um comité de cinco peritos familiarizados com o construto de interesse em estudo (Bolarinwa, 2015), que procedessem à validação facial e de conteúdo do questionário. Segundo Bolarinwa (2015), a validação facial é estabelecida quando um *expert* no tema a investigar revê o instrumento de medida e providencia informação sobre como é que os futuros participantes poderão interpretar e responder aos respetivos itens do questionário (DeVon et al., 2007). Por outro lado, a validação de conteúdo permite verificar se os conceitos de interesse do construto estão devidamente representados no questionário através de questões relevantes e pertinentes, sem denegrir a sua clareza e compreensão (DeVon et al., 2007; Terwee et al., 2007; Bolarinwa, 2015).

Os *experts* selecionados receberam um *email* com a respetiva carta convite (apêndice 3) a solicitar a sua colaboração na avaliação do questionário, com o mesmo anexado e ainda um formulário com uma grelha de avaliação composto por duas seções (apêndice 4). A primeira seção permitiu retirar informações de forma a caracterizar o comité de peritos, nomeadamente a idade, região em que exerce a sua prática clínica, sector de prática, local onde exerce, tempo de exercício profissional na área de músculo-esquelética, qualificações académicas e ainda se efetuou alguma formação pós-graduada. No que diz respeito à segunda secção, o seu preenchimento permitiu a avaliação de cada questão relativamente à sua clareza, compreensão e pertinência e através do qual se pretendeu especificamente: 1. identificar perguntas problemáticas; 2. determinar as razões subjacentes; 3. registar as soluções propostas para uma melhor formulação, permitindo assim a inclusão de comentários e/ou sugestões de alteração face às questões propostas (Bolarinwa, 2015).

Em síntese resultaram as seguintes alterações: clarificação e/ou criação de um glossário para diferentes expressões/definições, como por exemplo, considerou-se pertinente a clarificação da duração de uma formação pós-graduada para formações com uma carga horária superior a 20 horas e a definição de diferentes terminologias como “catastrofização”, “cinesiofobia/crenças medo-evitamento”, “PCS”, “CROM”, “*tampa scale*”, “punção seca”; “compromisso congénito do teor de colagénio”; “critérios da CCSR e da NEXUS”, “doença do tecido conjuntivo”; diferença entre “história anterior de trauma” e “história anterior de trauma da coluna cervical” e ainda entre “história recente de trauma” e “história recente de trauma da coluna cervical”; “reabilitação biopsicossocial multidisciplinar”; “terapia cognitivo-comportamental” e a diferença entre um “programa de exercício de força e/ou resistência para a cervical” e “programa de exercício geral/não específico”.

Foi ainda sugerida a inclusão de uma nova questão dado que os participantes poderiam assinalar a opção de resposta “Condicionado Parcialmente por prescrição médica” na questão 7 da primeira seção do questionário. Esta sugestão foi acolhida e uma nova questão foi adicionada permitindo esclarecer que componentes da intervenção são condicionadas por prescrição médica. Para além da inclusão de uma nova questão foi ainda referido a necessidade de inclusão de uma caixa para comentários no final da seção 3, na medida em que o participante poderia ter necessidade de esclarecer o porquê de realizar ou não alguns procedimentos. Assim, foi verificado que existia realmente uma lacuna no questionário e como tal, foi aceite a sugestão e englobada uma caixa para comentários.

Por outro lado, foram sugeridas alterações na construção de algumas questões:

Seção 1)

- a. Questão 9: “Qual a sua região de prática clínica onde exerce?” foi aceite a sugestão de alterar para “Em que região exerce a sua prática clínica?”;

Seção 2)

- b. Questão 4 e 5: “Em média, qual o número de sessões realizadas em utentes com DCne” foi acolhida a sugestão de completar a questão com “número TOTAL de sessões realizadas”.
- c. Questão 9 e 10: “Sendo um episódio de cuidados, o período que ocorre desde a primeira à última sessão de intervenção no que diz respeito à mesma condição clínica. Qual a duração de um episódio de cuidados em indivíduos com DCne?” foi alterada, conforme a sugestão, para “Sendo um episódio de cuidados o período que ocorre desde a primeira à última sessão de intervenção no que diz respeito à mesma condição clínica, qual a duração de um episódio de cuidados em indivíduos com DCne”;

Seção 3)

- d. Questão 1: “Assinale a frequência com que avalia (exame subjetivo ou objetivo) os seguintes fatores” foi aceite a sugestão de alterar para “Tendo em conta as características dos utentes com DCne no seu contexto de prática clínica, assinale com que frequência inclui na avaliação inicial (exame subjetivo e objetivo) os seguintes fatores”;
- e. Questão 5 e 6: “Identifique quais as modalidades de intervenção utilizadas sua prática clínica, e com que frequência, em utentes com DCne” foi aceite a sugestão para alterar para “Identifique quais as modalidades de intervenção

que utiliza na sua prática clínica, e com que frequência, em utentes com DCne”.

Foi ainda assinalado a necessidade em alterar as opções de resposta:

Seção 2)

- a. Questão 3: “Com que frequência o planeamento da intervenção em utentes com DCne é: Condicionado por Prescrição Médica ou Definido Autonomamente” foi aceite a sugestão de complementar com “Condicionado parcialmente/totalmente por Prescrição Médica”. A intervenção pelo fisioterapeuta poderá ser condicionada pelo número de sessões ou estratégias de intervenção utilizadas, assim foram incorporadas três opções de resposta (Condicionado Totalmente por prescrição médica; Condicionado Parcialmente por prescrição médica ou Definido Autonomamente);
- b. Questão 4 e 5: “Em média, qual o número de sessões realizadas em utentes” foi aceite alterar as opções de resposta para “1 a 3 sessões; 4 a 6 sessões; 7 a 20 sessões e Mais de 20 sessões”;
- c. Questão 7 e 8: “Qual a frequência das sessões, por semana, em utentes com DCne” foi aceite alterar as opções de resposta para “1 a 2 sessões por semana”; “3 a 4 sessões por semana” e “Mais de 4 sessões por semana”;
- d. Questão 9 e 10: “Sendo um episódio de cuidados, o período que ocorre desde a primeira à última sessão de intervenção no que diz respeito à mesma condição clínica. Qual a duração de um episódio de cuidados em indivíduos com DCne” foi aceite alterar as opções de resposta para “1 a 2 semanas”; “3 a 5 semanas”; “6 a 7 semanas” e “Mais de 7 semanas”;

Finalmente, foi ainda sugerido adicionar e agrupar diferentes parâmetros:

Seção 3)

Questão 1

- a. Retirar Ausência em “Ausência de Explicação Mecânica Plausível para a Sintomatologia”. Uma vez que na questão refere “(...) com que frequência inclui na avaliação inicial (exame subjetivo e objetivo) os seguintes fatores” para melhorar a concordância com a resposta foi alterada para “Explicação Mecânica Plausível para a Sintomatologia” de acordo com a sugestão do perito;
- b. Separar o domínio “Cirurgia Recente” em três níveis. De acordo com Cook et al (2005) os fatores de risco associados a um potencial compromisso ósseo

ou ligamentar da cervical superior é a história de cirurgia recente à cervical, cabeça ou dentes. Pelo que é relevante questionar aos utentes se realizaram efetivamente alguma cirurgia a estes três níveis. Deste modo, foi aceite o comentário do perito;

- c. Incorporar dor não mecânica, severa e constante com “Dor noturna constante impeditiva do utente adormecer” num só, “Exame da Dor”. De acordo com o modelo de avaliação da disfunção arterial na região cervical, é contraindicação a presença de dor noturna constante e dor não mecânica, severa e constante para intervenções com TMO. Pelo que, é de facto, necessário averiguar qual o comportamento da dor. Deste modo foi alterada a componente para Exame da Dor, como sugerido pelo perito;
- d. Acrescentar “Existência de náuseas ou vômitos”; “Alterações da visão”; “Sudorese excessiva”; “Desequilíbrio/instabilidade postural ou quedas frequentes”. As opções sugeridas são deveras importantes para a avaliação inicial de um indivíduo com DCne pelo que foram incluídas no questionário;
- e. Incluir “Ensino” na “Educação”. Não existe diferença entre Ensino e Educação, em que ambas sugerem a componente de ensino ao utente no que diz respeito p.e. à neurociência da dor. Desta forma, foi aceite a sugestão e incorporado num só item;
- f. Incluir termoterapia e eletroterapia nos meios físicos. De forma a reduzir o número de itens na tabela foi aprovada esta sugestão e incorporado a termoterapia e a eletroterapia num só item “Meios Físicos”;
- g. Incluir “História Anterior Oncológica” no item “Patologia Oncológica ativa ou anterior”. De acordo com o modelo de avaliação da disfunção arterial na região cervical com TMO é necessário averiguar se existe ou existiu história de patologia oncológica. Pelo que foi aceite o comentário do perito e incorporado num só item “Patologia Oncológica Ativa ou Anterior”;
- h. Agrupar os itens por tema, por exemplo, no que diz respeito ao exame neurológico surgem as seguintes opções: Agravamento da Função Neurológica/ Compressão de Raízes Nervosas em vários níveis/ Exame Neurológico (nervos periféricos, cranianos, neurónio motor)/Lesão Medular/Lesões do Primeiro Neurónio. De acordo com o modelo de avaliação da disfunção arterial na região cervical com TMO é necessário ter em conta cada uma das opções referidas. Contudo, dado que torna esta seção extensa,

poderemos agrupar as diferentes opções numa só categoria aceitando assim o comentário sugerido;

Questão 5 e 6

- a. Incluir “*Trigger Points*” na “Terapia manual”. De forma a reduzir o número de itens na tabela foi aprovado esta sugestão e incorporado “*Trigger Points*” num só item “Terapia Manual”;

Concluída a validação facial e de conteúdo procedeu-se à última etapa para a elaboração do questionário, o teste piloto, que decorreu entre o dia 25 de Abril a 02 de Maio. Este teve por objetivo verificar se as questões formuladas eram claras, se existia duplo sentido nas respostas ou identificar necessidade de alterar a formulação de alguma questão e/ou resposta, na perspetiva dos futuros participantes (Pensri, Foster, Sricuk, Baxter & McDonough, 2005). Foram convidados a participar através de convite por *email* dez fisioterapeutas que possuíam os critérios de inclusão estabelecidos para a participação neste estudo o qual incluía, carta convite à participação no estudo piloto (apêndice 5), a versão pré-final do questionário, e ainda uma grelha de avaliação do questionário e as respetivas instruções para o seu preenchimento (Oppenheim, 1992). A grelha de avaliação foi composta por seis questões fechadas dicotómicas (sim/não) com espaço para redigir algum comentário e ainda uma última questão aberta sobre o tempo que demorou a responder ao questionário. De acordo com o *feedback* obtido neste teste piloto não existiram sugestões de alteração (apêndice 6).

Recolha dos Dados

A recolha dos dados foi realizada *online* através da plataforma *LimeSurvey*. Para conseguir ter acesso e participar neste estudo, os participantes foram contactados via *email* com informação resumida sobre o estudo, com a carta explicativa do estudo em anexo. Neste *email* encontrava-se também o *link* de acesso à plataforma mencionada, e o respetivo código de acesso ao questionário (este código foi utilizado para garantir que o participante não era identificável). Uma vez que o código de acesso ao questionário possuía uma validade para cada participante, e de forma a promover uma maior taxa de resposta ao instrumento de medida, foi enviado um lembrete de duas em duas semanas aos respetivos participantes também via *email* previamente à data de término, e de forma a relembrar a necessidade de preenchimento do mesmo. Adicionalmente e também para garantir o anonimato, não foi incluída nenhuma questão ou item que permitisse a identificação os participantes. Todos os dados solicitados foram codificados na respetiva plataforma garantindo que o responsável pela análise dos dados não conseguiu

identificar os participantes. É ainda de salientar que a base de dados do *LimeSurvey* está alojada e protegida em *server* do IPS.

Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0 com recurso à utilização de estatística descritiva e inferencial.

A estatística descritiva, nomeadamente a frequência absoluta (para variáveis nominais) a média, desvio padrão e intervalos máximos e mínimos (para variáveis contínuas) foi utilizada para a caracterização dos participantes (tabela 1), caracterização genérica do padrão de prática (tabela 2, figura 2 a 6) e ainda na caracterização específica do padrão de prática em utentes com DCne (figura 7 a 12).

Nas questões relativas à caracterização do padrão de prática (genérica e específica), em que se utilizou a escala de *Likert* de 5 pontos, os dados foram agregados em variáveis nominais qualitativas e dicotomizados. Assim, as respostas “Nunca”, “Raramente”, “Ocasionalmente”, “Frequentemente”, e “Sempre” foram agregadas em duas variáveis dicotómicas, nomeadamente “Nunca/Raramente/Ocasionalmente” e “Frequentemente/Sempre”. Esta opção surgiu pelo facto de se tornar relevante apenas estudar a prática clínica considerada consistente, caracterizada pelas respostas do tipo “Frequentemente” e “Sempre” por parte dos participantes.

Para além disso, na variável “anos de experiência clínica na área de músculo-esquelética”, as respostas “Inferior a 1ano”, “2 a 5anos”, “6 a 10anos” e “Mais de 10anos” foram agregadas em “Inferior a 5anos”/“Superior a 5anos”. Esta agregação resulta da necessidade de garantir um número mínimo de participantes em cada categoria que permitisse posteriormente a análise estatística dos dados.

De acordo com as características referidas anteriormente (agregação de dados em variáveis nominais qualitativas e dicotómicas) e com o objetivo de averiguar as associações entre as modalidades de intervenção utilizadas pelos fisioterapeutas e a características dos participantes como a formação pós-graduada, anos de experiência profissional, região de prática e ainda a autonomia face ao planeamento da intervenção, foi utilizado o teste não paramétrico do qui quadrado com um nível de significância determinado como $p < 0,05$. Adicionalmente foi ainda utilizado o coeficiente de correlação bivariado Phi de forma a conseguirmos determinar a força de associação entre variáveis que possuíam uma relação estatisticamente significativa (Rosenthal, 1995). De acordo com Rosenthal (1995), estamos perante uma correlação fraca quando o valor de phi é igual ou inferior a 0.20; correlação moderada entre 0.25 e 0.30 e correlação forte superior a 0.40. Na análise dos dados com uma frequência absoluta inferior a cinco, foi utilizado o teste

exato de Fisher a fim de averiguar se existia efetivamente um nível de significância inferior a 0,05 (Maroco, 2007).

Apresentação dos Resultados

No período decorrido entre 08 de maio a 14 de setembro de 2019 foram convidados 118 participantes para participar no estudo. Destes, 44 não responderam ao questionário no prazo estabelecido. Dos restantes, 3 não possuíam na sua prática profissional experiência atual com utentes com dor cervical não específica e 5 não avaliaram indivíduos com DCne no último ano. Por fim, excluiu-se ainda 1 participante que não possuía experiência clínica mínima de um ano na área de músculo-esquelética, e 1 participante que não respondeu ao questionário na íntegra. Deste modo obtivemos uma taxa de resposta de 54,24% (64 participantes) como consta na figura 1.

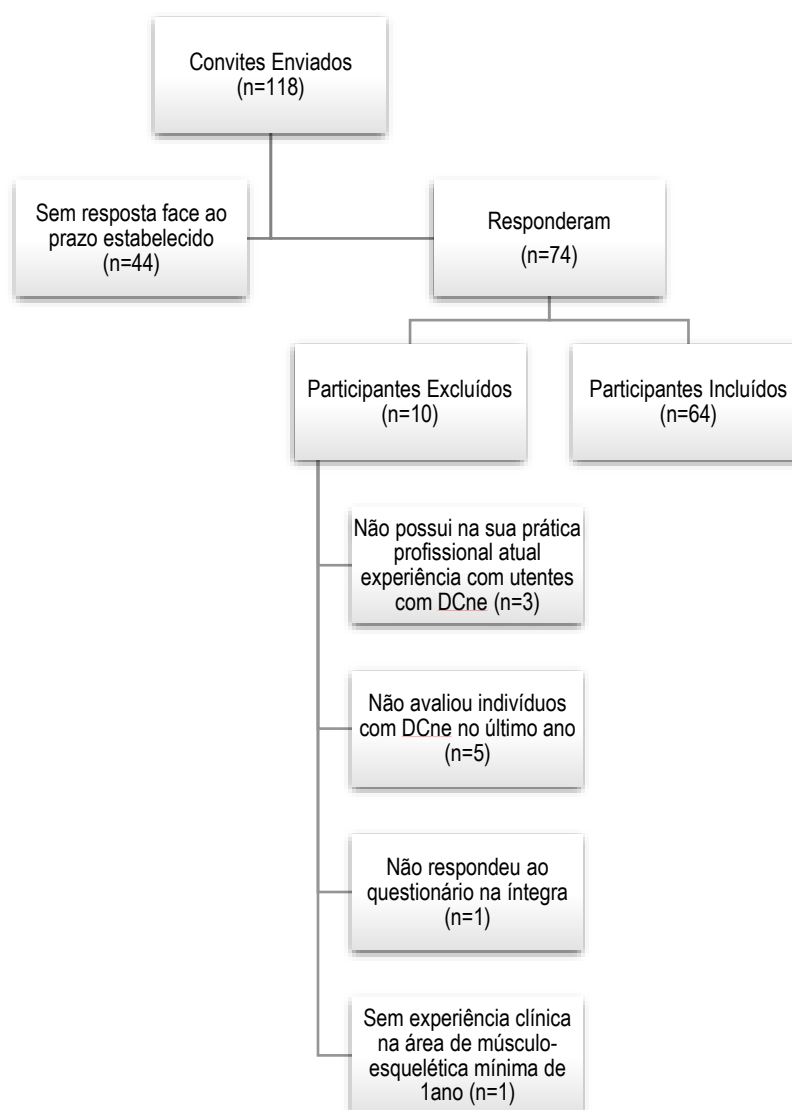


Figura 1 Fluxograma do Estudo

Caraterização dos Participantes

Neste estudo, os fisioterapeutas eram maioritariamente do sexo feminino com uma idade média de 33 anos (± 7 anos). Relativamente à qualificação académica a maioria dos participantes tinha o grau de Licenciatura em Fisioterapia (89,86%), e 53,13% possuía formação pós-graduada. Na sua maioria (54,69%), os participantes tinham até cinco anos de experiência na área de músculo-esquelética.

As restantes caraterísticas sociodemográficas relativas ao sector de atividade profissional, local e região de prática clínica encontram-se pormenorizadas na tabela 1.

Variável	Categorias da Variável	Percentagem (F _i)
Género	Feminino	76,56% (n=49)
	Masculino	23,44% (n=15)
Idade (média e desvio padrão)		33 anos (± 7 anos)
Idade (mínimo e máximo)		(23 – 51) anos
Qualificações Académicas (pergunta com mais de uma opção de resposta)	Licenciatura em Fisioterapia	89,86% (n=62)
	Mestre em Fisioterapia	2,90% (n=2)
	Outro(a)	5,80% (n=4)
Formações Pós-Graduadas	Sim	53,13% (n=34)
	Não	46,88% (n=30)
Anos de Experiência em Músculo-Esquelética	Até 5anos	54,69% (n=35)
	Superior a 5anos	45,31% (n=29)
Local de Prática (pergunta com mais de uma opção de resposta)	Hospital	9,20% (n=8)
	Clínica	55,17% (n=48)
	Prestação de Serviços Domiciliários	20,69% (n=18)
	Outro	14,94% (n=13)
Região de Prática	Portugal Continental	54,69% (n=35)
	Região Autónoma Açores	6,15% (n=4)
	Região Autónoma Madeira	39,07% (n=25)
Sector de Prática (pergunta com mais de uma opção de resposta)	Sector Público	10,45% (n=7)
	Sector Privado	73,13% (n=49)
	Sector Público Privado	16,42% (n=11)

Tabela 1 Caraterização dos Participantes

Caraterização Genérica do Padrão de Prática

Através das respostas obtidas dos participantes do estudo, constatou-se que a maioria dos fisioterapeutas utilizam um padrão de prática multimodal (98,44%), sendo que, apenas treze (20,31%) dos participantes considerou que o planeamento da intervenção é frequentemente ou sempre condicionado totalmente por prescrição médica.

Observou-se ainda que o número médio de sessões incluídas no plano de intervenção de DCne crónica é superior ao plano de intervenção de DCne aguda, com 53,13% dos participantes a reportar que realizam até seis sessões com utentes com DCne aguda e 84,38% mais de seis sessões na intervenção com utentes com DCne crónica. As restantes variáveis da caraterização genérica do padrão de prática são apresentadas na tabela 2.

Variável	Categorias da Variável	Percentagem (F_i)
Nº diário de utentes com DCne	Até 2 utentes	67,19% (n=43)
	3 a 5 utentes	29,23% (n=19)
	Superior a 5 utentes	2,00% (n=2)
Frequência com que o planeamento da intervenção é condicionado totalmente por prescrição médica	Nunca/Raramente/Ocasionalmente	79,69% (n=51)
	Frequentemente/Sempre	20,31% (n=13)
Parâmetros Incluídos na Prescrição Médica (pergunta com mais de uma opção de resposta)	Número de Sessões	52,33% (n=45)
	Estratégias de Intervenção	47,67% (n=41)
Nº médio de sessões incluídas no plano de intervenção DCne aguda	Até 6 sessões	53,13% (n=34)
	Superior a 6 sessões	46,88% (n=30)
Nº médio de sessões incluídas no plano de intervenção DCne crónica	Até 6 sessões	15,63% (n=10)
	Superior a 6 sessões	84,38% (n=54)
Padrão de prática clínica	Unimodal	1,58% (n=1)
	Multimodal	98,44% (n=63)

Tabela 2 Caracterização Genérica do Padrão de Prática

Na caracterização genérica do padrão de prática, ainda podemos encontrar quais as componentes do exame subjetivo e objetivo consideradas pelos fisioterapeutas na avaliação inicial e ainda quais as modalidades de intervenção utilizadas em utentes com DCne aguda/subaguda e crónica.

Na componente subjetiva da avaliação inicial foi observado que a avaliação dos **fatores que agravam e aliviam a sintomatologia** são os parâmetros que mais participantes têm em consideração no seu exame subjetivo, com uma taxa de 96,88% (n=62) e 93,75% (n=60), respetivamente. Pelo contrário, a informação sobre se existe ou não **história conhecida de compromisso congénito do teor de colagénio**, é requerida frequentemente ou sempre apenas por sete participantes que corresponde a 10,94%.

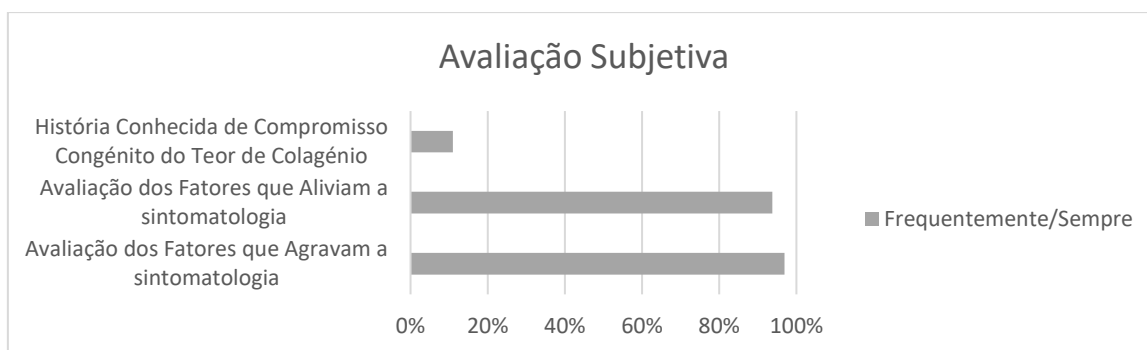


Figura 2. Parâmetros da Avaliação Subjetiva

No que diz respeito à avaliação objetiva, apenas metade dos parâmetros são avaliados “frequentemente/sempre” por mais de 50% dos participantes, sendo que os **movimentos fisiológicos passivos** são os mais privilegiados, com 61 participantes (95,31%) a reportar que os avalia frequentemente ou sempre. Para além deste parâmetro, a avaliação dos **movimentos fisiológicos ativos** e a **palpação dos tecidos moles**, com uma taxa de 92,19% (n=59) idêntica para ambos, são outros parâmetros avaliados “frequentemente/sempre”. Os restantes parâmetros e a proporção de fisioterapeutas que os utiliza de forma consistente são apresentados na figura 3.

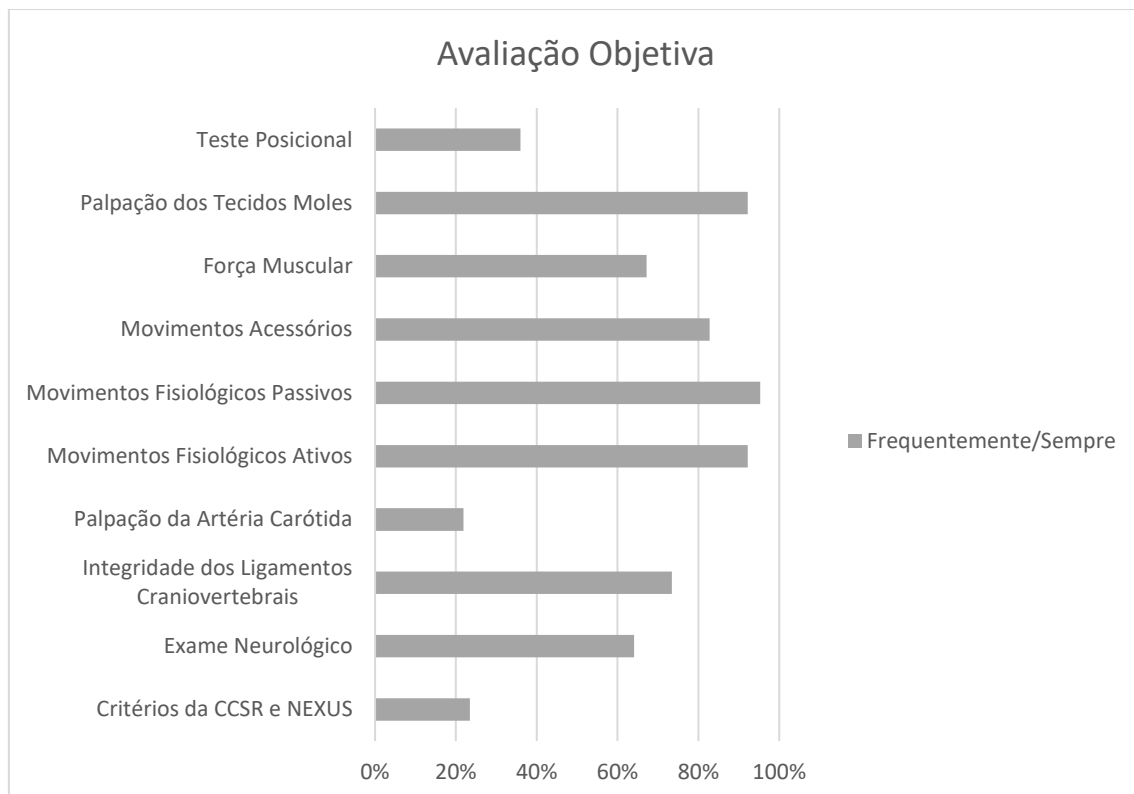


Figura 3. Parâmetros da Avaliação Objetiva

De acordo com os resultados obtidos nas modalidades de intervenção utilizadas pelos fisioterapeutas constatou-se que existe uma predominância na utilização de *trigger points* ou outras técnicas miofasciais como a intervenção preferencial (92,19%, n=59 e 87,5%, n=56) seguida da mobilização articular com 85,94% (n=55) e 84,34% (n=54) em utentes com DCne aguda/subaguda e crónica, respetivamente. A imobilização através do colar cervical e a punção seca foram as técnicas menos utilizadas em utentes com DCne aguda/subaguda e crónica. Observou-se que apenas 3,13% dos fisioterapeutas utilizam punção seca em utentes com DCne aguda/subaguda e 1,56% dos fisioterapeutas utilizam a imobilização em utentes com DCne aguda/subaguda e crónica ou punção seca em utentes com DCne crónica.

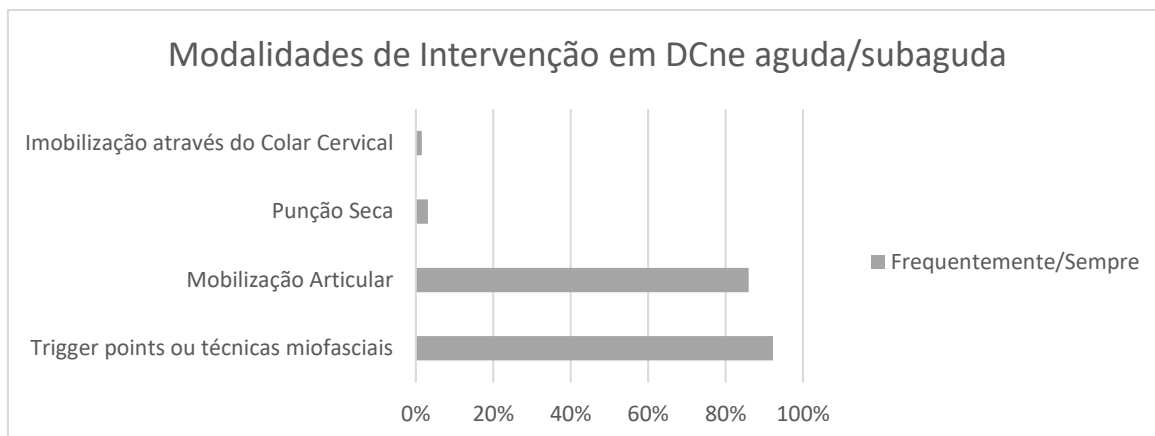


Figura 4. Modalidades de Intervenção dominantes na DCne aguda/subaguda

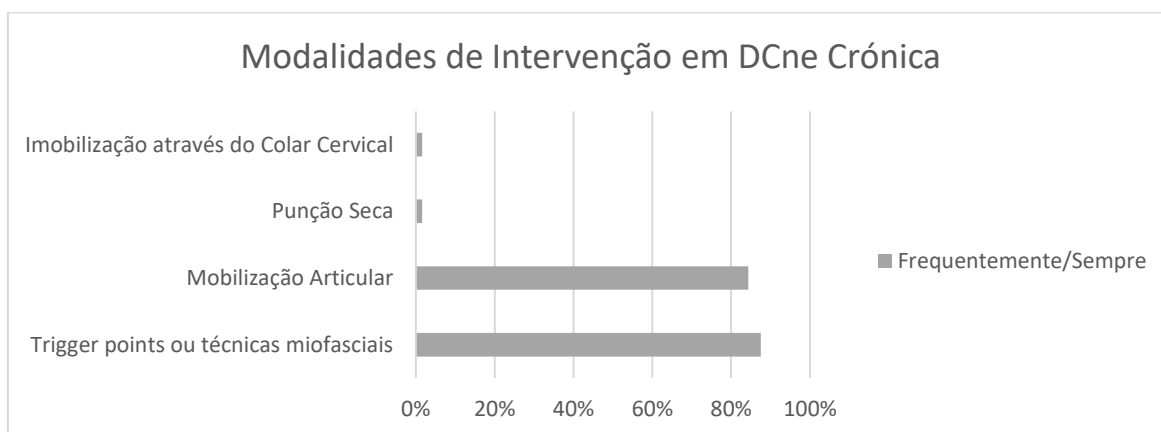


Figura 5. Modalidades de Intervenção dominantes em DCne crónica

Relativamente às dimensões de medida de resultados (*outcomes*), os domínios com maior percentagem assinalada pelos participantes como relevantes para a avaliação inicial e reavaliação foram a intensidade da dor (96,88%, n=62) e a capacidade funcional (90,63%, n=58). Relativamente à avaliação de fatores psicossociais, é de realçar que apenas no domínio da catastrofização foi obtida uma taxa de resposta inferior a 50% do número total de participantes, ou seja, apenas 35,94% (n=23) avaliam “frequentemente/sempre” a catastrofização.

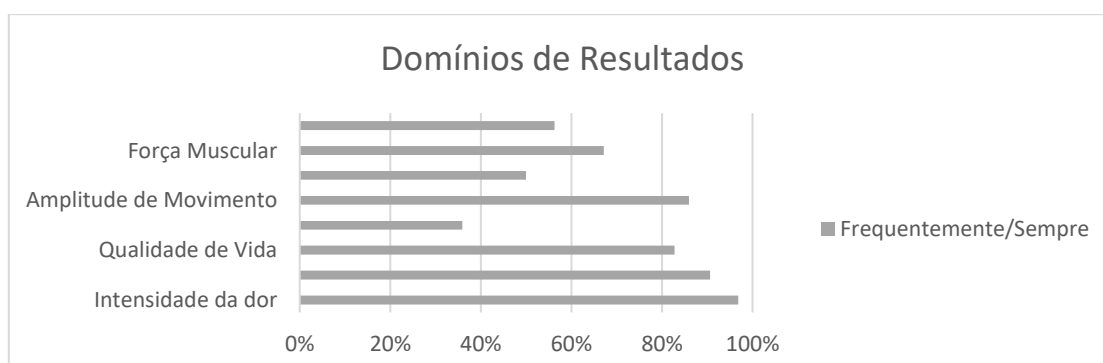


Figura 6. Domínios de Resultados

Caraterização Específica do Padrão de Prática em utentes com DCne

Avaliação de Red Flags para despiste de Patologia Específica

As figuras seguintes (figuras 7 e 8) apresentam a proporção de profissionais que avaliam *red flags* para despiste de patologias específicas que podem justificar DCne. Assim, e tendo em conta as diferentes *red flags*, a história anterior ou recente de trauma na coluna cervical (89,06%, n=57), história de infeção na garganta recente ou na infância (83%, n=53) e história de dor na cabeça com enxaqueca associada (82,81%, n=53), são as *red flags* avaliadas de forma consistente, de acordo com o reportado pelos participantes. Questões sobre a utilização prolongado de esteroides ou a presença de sudorese excessiva, ambas com uma percentagem de 14,06% (n=9), são as *red flags* menos avaliadas pelos participantes neste estudo.

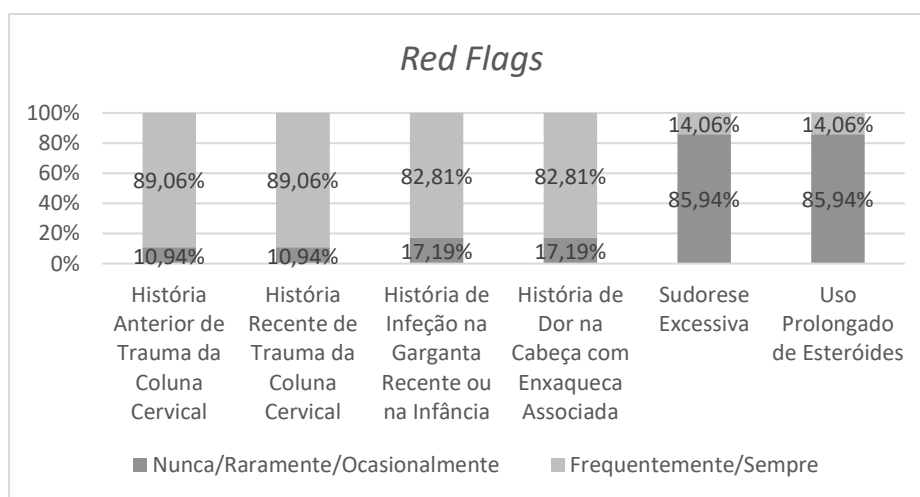


Figura 7. Red Flags

No que diz respeito à avaliação de disfunção da artéria vertebral, mais de metade dos participantes refere questionar de forma consistente sobre a presença de três das quatro *red flags* (Figura 8). Ao contrário, apenas 28,13% (n=18) avalia de forma consistente a presença de alterações na visão.

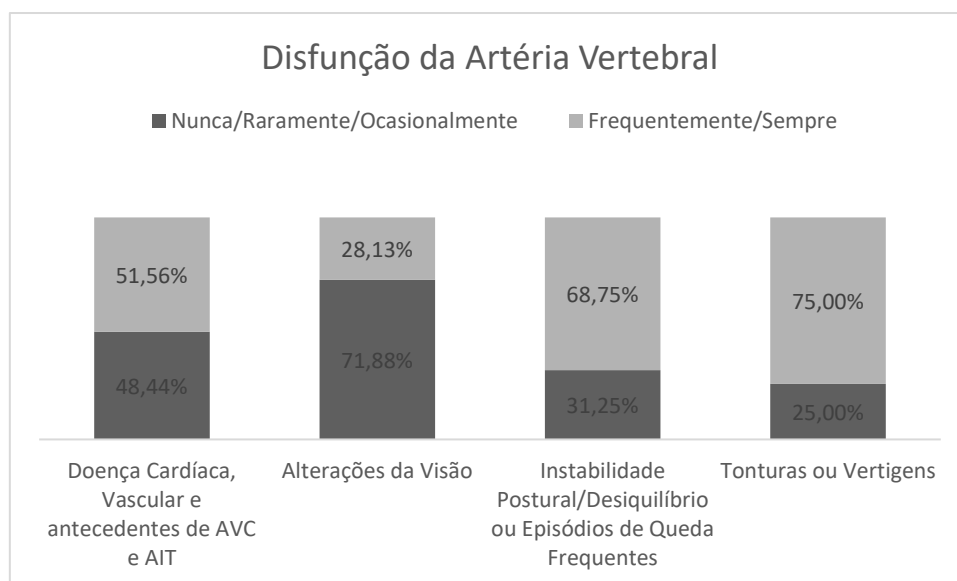


Figura 8 Relação de Red Flags com Disfunção da Artéria Vertebral

Em suma, no que diz respeito à avaliação das *red flags*, todos os parâmetros relativos à presença de doença sistémica e lesão neurológica são avaliados por mais de metade dos participantes (apêndice 7). Na avaliação do risco de presença de fratura da coluna cervical apenas um dos quatro parâmetros foram avaliados por menos de metade dos participantes. Contudo, apenas metade dos parâmetros para o despiste de neoplasia e risco de infeção são avaliados por mais de metade dos fisioterapeutas (apêndice 7).

Modalidades de Intervenção Utilizadas

No âmbito das modalidades de intervenção enquadradas na Terapia Manual, os *trigger points* e a mobilização articular são as modalidades de intervenção reportadas pelos participantes como utilizadas de forma consistente em situações de DCne aguda/subaguda ou crónica (Figura 9 e 10). Em ambas as condições, a manipulação cervical e torácica são as modalidades menos utilizadas. Salienta-se também a elevada proporção de participantes (65,63%) que refere utilizar de forma consistente a tração manual da coluna cervical, seja em utentes com DCne aguda/subaguda ou crónica.

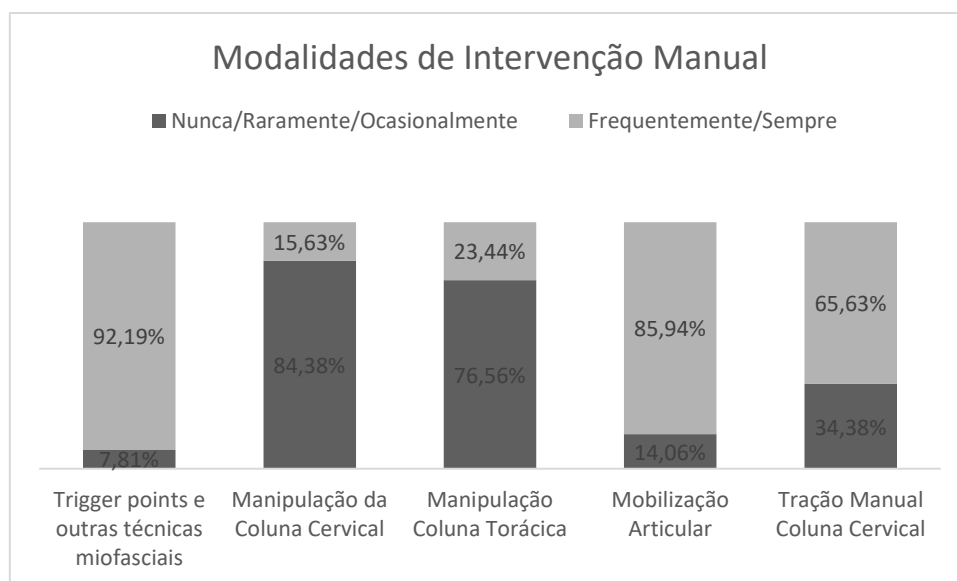


Figura 9 Modalidades de Intervenção- Terapia Manual DCNe aguda/subaguda

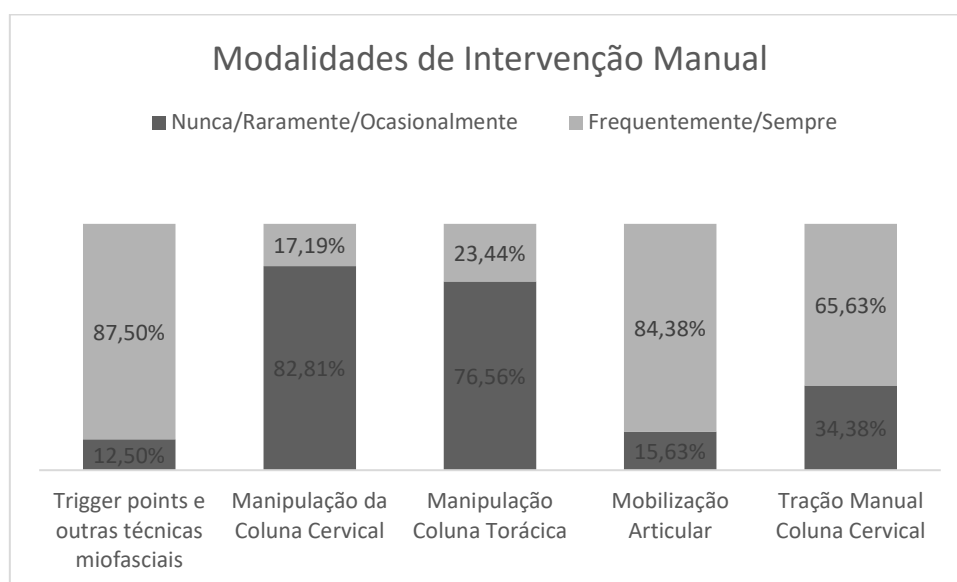


Figura 10. Modalidades de Intervenção- Terapia Manual DCNe crónica

No âmbito das modalidades de intervenção enquadradas no Exercício Terapêutico, e em utentes com DCNe aguda/subaguda, 64,06% dos participantes refere utilizar de forma consistente programas de exercícios de força e/ou resistência para os flexores cervicais e profundos e 48,44% programas de exercício geral/não específico. O mesmo acontece nas intervenções com utentes com DCNe crónica, com uma percentagem de 75,00% para os profissionais que refere realizar “frequentemente/sempre” Programas de Exercício de Força e/ou Resistência para os Flexores Cervicais Profundos e 54,69% nos Programas de Exercício Geral/Não Específico (Figura 11 e 12).

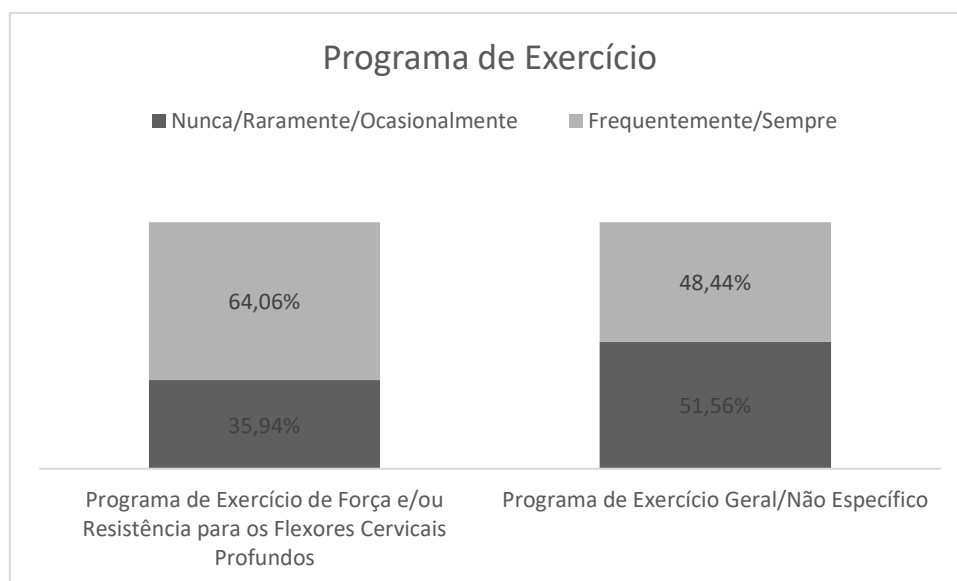


Figura 11. Tipos de programas de exercício utilizados na intervenção com utentes com DCne aguda/subaguda

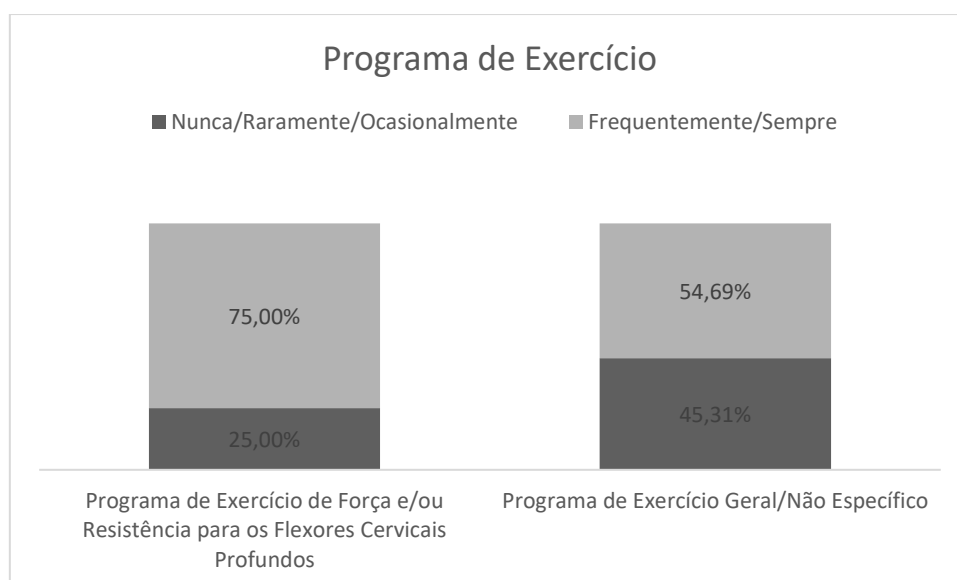


Figura 12. Tipos de programas de exercício utilizados na intervenção com utentes com DCne crónica.

Associação entre o padrão de prática clínica e as características dos participantes

Foi realizado o teste do qui-quadrado para o estudo das associações entre a variável de caracterização do padrão de prática (modalidades de intervenção em utentes com DCne aguda/subaguda e DCne crónica) e os anos de experiência clínica, formação pós-graduada, autonomia no planeamento da intervenção e região de prática. Os dados organizados encontram-se no Apêndice 8.

Observou-se que, das 136 possíveis relações/associações, apenas 15 apresentavam $p < 0.05$, ou seja, valores estatisticamente significativos entre: utilização de agentes físicos e fisioterapeutas com pós-graduação em utentes com DCne aguda/subaguda; a implementação de um programa de exercício de força muscular específico em fisioterapeutas com maior experiência clínica em músculo-esquelética em utentes com DCne aguda/subaguda; manipulação da coluna torácica e a implementação de um programa de exercício de força muscular específico em fisioterapeutas com maior experiência clínica em músculo-esquelética em utentes com DCne crónica; programa de exercício de fortalecimento muscular geral, agentes físicos e reabilitação biopsicossocial em fisioterapeutas com maior autonomia no planeamento da sua intervenção em utentes com DCne aguda/subaguda; manipulação da coluna cervical e agentes físicos em fisioterapeutas com maior autonomia no planeamento da sua intervenção em utentes com DCne crónica; programa de exercício de força muscular específico, tração manual da coluna cervical e aplicação de ligaduras *kinesiotape* de acordo com a sua região de prática em utentes com DCne aguda/subaguda e tração manual da coluna cervical, aplicação de ligaduras *kinesiotape* e reabilitação biopsicossocial de acordo com a sua região de prática clínica em utentes com DCne crónica. Nestas relações com um valor de p inferior a .05 foi ainda analisada a força de associação entre as diferentes variáveis através da análise estatística do coeficiente de correlação Phi.

Foram encontradas associações estatisticamente significativas ($p = .005$) entre os anos de experiência clínica com utentes com condições músculo-esqueléticas e a utilização consistente de modalidades de tratamento. A utilização consistente de um programa de exercício de força e/ou resistência para os flexores cervicais profundos em utentes com DCne aguda/subaguda e crónica, respetivamente está significativamente associada, de forma positiva moderada ($\phi = .499$, $p = .005$) e negativa moderada ($\phi = -.272$, $p = .030$) com os anos de experiência clínica com utentes com condições músculo-esqueléticas. Ou seja, há uma maior tendência para os participantes com maior experiência clínica integrarem um programa de exercício de força e/ou resistência para os flexores cervicais profundos na sua prática clínica em utentes com DCne aguda/subaguda, e uma menor tendência para a integração deste tipo de exercício na intervenção com utentes com DCne crónica.

Da mesma forma foi observada uma associação estatisticamente significativa, positiva e moderada ($\phi = .311$, $p = .018$) entre a manipulação da coluna torácica em utentes com DCne crónica, com os anos de experiência clínica. Isto significa que, fisioterapeutas mais experientes (≥ 5 anos de anos de experiência clínica com utentes com condições músculo-esqueléticas), têm maior tendência a integrar a manipulação no seu plano de intervenção.

A utilização consistente de agentes físicos apresentou uma associação estatisticamente significativa com a realização de formação pós-graduada ($p=.048$, $\phi=.247$) e total autonomia no planeamento da sua intervenção em utentes com DCne aguda/subaguda ($p=.013$, $\phi=-.310$) e DCne crónica ($p=.012$, $\phi=-.313$). Ou seja, de acordo com os resultados obtidos nos testes do qui-quadrado e de correlação de phi, os fisioterapeutas que possuem formação pós-graduada possuem uma tendência para introduzir os agentes físicos como uma das suas modalidades de intervenção em utentes com DCne aguda/subaguda. Pelo contrário, os fisioterapeutas com maior autonomia no planeamento da sua intervenção possuem uma menor tendência para a integração de forma consistente agentes físicos na sua intervenção em utentes com DCne aguda/subaguda ou crónica.

Do mesmo modo, foi possível observar uma associação estatisticamente significativa ($p=.006$) com uma força de correlação, providenciada pelo valor de phi, negativa moderada ($\phi=-.343$) entre a autonomia dos fisioterapeutas e a implementação de um programa de exercício geral em utentes com DCne aguda/subaguda. O que significa que quanto maior a autonomia do fisioterapeuta no planeamento da sua intervenção, menor a sua tendência para integrar um programa de exercício de força geral na sua prática clínica.

Quando analisado a associação entre a autonomia do planeamento da intervenção e as modalidades de intervenção constatou-se que existe uma associação estatisticamente significativa com uma força de correlação positiva moderada ($\phi=.352$; $\phi=.262$) entre a utilização da reabilitação biopsicossocial ($p=.009$) e a manipulação da coluna cervical ($p=.049$) em utentes com DCne aguda/subaguda e crónica, respetivamente. Ou seja, a autonomia dos fisioterapeutas no planeamento da sua intervenção favorece a integração consistente de reabilitação biopsicossocial e a manipulação da coluna cervical como modalidades de intervenção a integrar no seu plano de intervenção em utentes com DCne aguda/subaguda e crónica, respetivamente.

Observou-se ainda que existe uma associação estatisticamente significativa ($p=.013$ e $p=.005$) com um valor de phi positivo moderado ($\phi=.337$) e forte ($\phi=.561$) entre os fisioterapeutas que exercem a sua prática clínica na RAM e a utilização de tração manual da coluna cervical e de ligaduras *kinesiotape* em utentes com DCne aguda/subaguda, respetivamente. O mesmo também se observa em utentes com DCne crónica, com uma associação estatisticamente significativa ($p=.005$ e $p=.012$) e valores de phi positivos moderados ($\phi=.382$ e $\phi=.348$), respetivamente, entre as modalidades referidas e os fisioterapeutas que exercem a sua prática clínica na RAM. Assim, podemos concluir que os fisioterapeutas participantes neste estudo e com prática na RAM possuem uma maior tendência para a incorporação destas duas modalidades no seu plano de intervenção, independentemente da natureza da DCne.

Por outro lado, foram também observadas associações estatisticamente significativas ($p=.048$ e $p=.037$) com um valor de phi positivo moderado ($\phi=.318$; $\phi=.269$), entre os fisioterapeutas que exercem a sua prática clínica na RAM e a utilização consistente de um programa de exercício de força e/ou resistência para os flexores cervicais profundos e a integração de reabilitação biopsicossocial, respetivamente. Assim, os fisioterapeutas participantes neste estudo e com prática na RAM reportaram uma maior tendência para a realização de um programa de exercício de força e/ou resistência para os flexores cervicais profundos em utentes com DCne aguda/subaguda e a utilização de uma reabilitação biopsicossocial em utentes com DCne crónica.

Todas as associações efetuadas encontram-se tabeladas no apêndice 8.

Discussão dos Resultados

Este estudo teve como principal objetivo caracterizar a prática atual dos fisioterapeutas que intervêm com indivíduos com DCne, em Portugal. Como tal, pretendeu-se saber qual o processo de avaliação, intervenção e reavaliação utilizado pelos fisioterapeutas de forma a averiguar se vai ao encontro das recomendações das normas de orientação clínica atuais. Adicionalmente, procurou-se explorar possíveis associações entre o padrão de prática e o nível de formação dos participantes, anos de experiência profissional em condições músculo-esqueléticas, autonomia no planeamento da intervenção, e região onde exercem a sua atividade profissional.

No processo de diagnóstico diferencial de suspeita de patologia específica para as queixas de DCne, a presença de patologia sistémica, fratura da coluna cervical e presença de disfunção da artéria vertebral foram as principais áreas de *red flags* que os participantes reportaram avaliar de forma consistente durante o seu exame subjetivo. Mais de metade dos participantes reportou avaliar três das quatro *red flags* que podem confirmar ou refutar a presença de fratura da coluna cervical e disfunção da artéria vertebral. No que diz respeito aos sinais e/ou sintomas que poderão indicar doença sistémica, a maioria dos participantes reportou que avalia “frequentemente/sempre” todas as *red flags* respetivas.

Por outro lado, e dado que apenas metade das *red flags* foram avaliadas por mais de 50% dos fisioterapeutas, as questões relacionadas com a presença de patologia infecciosa e neoplasia surgem como as áreas com menor incidência de avaliação. Estes dados revelam que os participantes deste estudo poderão não estar a realizar um diagnóstico diferencial rigoroso face às recomendações atuais da evidência científica.

No que diz respeito às modalidades de intervenção utilizadas, foi observado que em utentes com DCne aguda/subaguda a modalidade mais reportada é a utilização de técnicas de *trigger points* ou técnicas miofasciais com uma percentagem de 92,19% seguida da mobilização articular com 85,94%. O mesmo padrão é observável em utentes com DCne crónica com uma taxa de 87,50% e 84,34%, respetivamente. Ambas as intervenções fazem parte das modalidades de tratamento que demonstram efeitos positivos na redução da dor e incapacidade em indivíduos com DCne aguda/subaguda e crónica como indicado pela literatura (Vicent, *et al.*, 2013; Bertozzi, *et al.*, 2013; Rolving, *et al.*, 2014; Beltran-Alacreu, López-de-Uralde-Villanueva, Fernández-Carnero & Touche, 2015; Dewitte, *et al.*, 2016; Lauche, *et al.*, 2016; Bier, *et al.*, 2018). Porém, é indicado que na intervenção com utentes com DCne crónica, o programa de intervenção deverá contemplar a componente de exercício combinada com terapia manual, nomeadamente, a realização de um programa de exercício específico para a região cervical (Louw, *et al.*, 2017). Apesar de não se conseguir apurar se a componente de exercício é efetuada ou não em conjunto

com a utilização de terapia manual, observou-se que apenas 48 dos participantes (75,00%) referem utilizar um Programa de Exercício de Força e/ou Resistência para os Flexores Cervicais Profundos no seu plano de intervenção com utentes com DCne crónica.

Apesar das modalidades de intervenção selecionadas irem ao encontro das descritas pela evidência científica, é de notar que os fisioterapeutas dão maior enfoque à utilização de modalidades de intervenção manual na sua prática clínica em utentes com DCne, independentemente da sua natureza (aguda/crónica). Esta abordagem pode comprometer os objetivos a curto e longo prazo, tendo em conta que a combinação de terapia manual com exercício possui melhores resultados na redução da dor e no aumento da capacidade funcional quando comparado com terapia manual ou exercício implementados separadamente (Vicent, *et al.*, 2013; Bertozzi, *et al.*, 2013; Rolving, *et al.*, 2014; Beltran-Alacreu, López-de-Uralde-Villanueva, Fernández-Carnero & Touche, 2015; Dewitte, *et al.*, 2016; Lauche, *et al.*, 2016; Hidalgo, *et al.*, 2017; Bier, *et al.*, 2018). Madson & Hollman (2017) identificaram, numa amostra de 1001 participantes de diferentes regiões dos EUA, que 86,30% dos fisioterapeutas utilizavam o ensino/educação como uma componente da sua prática clínica. Comparando com o presente estudo, observou-se que, em Portugal apenas 76,56% dos fisioterapeutas utilizam esta abordagem na sua prática clínica em utentes com DCne aguda/subaguda. A componente de educação é essencial para promover o aumento da literacia em saúde e consequentemente, uma intervenção efetiva na prevenção, auto-gestão e tratamento da DCne (Gustavsson, 2011; Ainpradub, Sitthipornvorajul, Janwantanakul & Beek, 2015).

A utilização da eletroterapia, ultra-som e tração manual da cervical não demonstram qualquer benefício quando comparado com outro tipo de intervenção ou placebo (Resende, *et al.*, 2017; Bier, *et al.*, 2018). No entanto, 48,44% dos fisioterapeutas que participaram neste estudo ainda utilizam a eletroterapia e ultra-som e 65,63% a tração manual da cervical. Estes resultados vão ao encontro dos resultados de outros países, uma vez que nos EUA 76,60% dos fisioterapeutas utilizam a tração da coluna cervical em utentes com DCne (Madson & Hollman, 2017) e no Reino Unido 71,00% dos fisioterapeutas utilizam eletroterapia (Carlesso, MacDermid, Gross, Walton, & Santaguida, 2014). De acordo com Madson & Hollman (2017), a utilização da tração manual da coluna cervical é efetuada apenas quando o fisioterapeuta verifica que, no momento da avaliação inicial, esta técnica proporciona alívio na dor e/ou sintomas associados à DCne. O mesmo se verifica com a utilização de eletroterapia de acordo com Madson & Hollman (2017).

Assim, podemos constatar que apesar da maioria dos fisioterapeutas em Portugal utilizarem modalidades de intervenção que vão ao encontro do referido pela literatura como as

modalidades mais efetivas para a redução da intensidade da dor e aumento da capacidade funcional em utentes com DCne, ainda não aboliram da sua prática clínica a utilização de modalidades de intervenção que não apresentam quaisquer benefícios para os utentes com DCne. Esta discrepância entre as modalidades recomendadas pela evidência e as modalidades utilizadas pelos fisioterapeutas pode advir de diversas razões, entre as quais, as preferências do utente, gestão do tempo da sessão ou falta de conhecimento acerca das mais recentes recomendações para esta população (Carlesso, MacDermid, Gross, Walton, & Santaguida, 2014).

A literatura existente recomenda a monitorização dos resultados da intervenção na redução da intensidade da dor e melhoria da capacidade funcional. Adicionalmente, é também sugerido a avaliação da força muscular dos flexores cervicais profundos, catastrofização da dor, qualidade de vida e cinesiofobia/crenças medo-evitamento (Groeneweg, *et al.*, 2010; Graaf & Schmitt, 2012; Bertozzi, *et al.*, 2013; Vicent, Maigne, Fischhoff, Ianlo & Dagenais, 2013; Beltran-Alacreu *et al.*, 2015; Ingram, Snodgrass & Rivett, 2017). Apesar de existir uma elevada percentagem de fisioterapeutas a avaliar a intensidade da dor (n=62; 96,88%), a capacidade funcional (n=58; 90,63%) e a qualidade de vida (n=53; 82,81%), apenas 67,19% (n=43) medem a força muscular dos flexores cervicais profundos, 35,94% (n=23) a catastrofização, e 50% (n=32) verifica se existe a presença de cinesiofobia/crenças medo-evitamento. Estes resultados parecem sugerir que os fisioterapeutas privilegiam os indicadores físicos na avaliação dos resultados da sua intervenção, como por exemplo, a intensidade da dor e capacidade funcional (Walton, *et al.*, 2013).

Como referido anteriormente, estudos semelhantes (Masdon & Hollman, 2017; Carlesso, MacDermid, Gross, Walton, & Santaguida, 2014) indicam que a escolha de modalidades de intervenção na prática clínica dos fisioterapeutas, podem estar relacionadas com diferentes características, entre as quais o nível de educação dos fisioterapeutas e a realização de formação pós-graduada. Uma vez que, neste estudo, existem apenas dois fisioterapeutas com mestrado face a sessenta e dois com licenciatura, não se considerou relevante a análise do nível de educação dos fisioterapeutas. Optou-se por analisar as diferenças no padrão de prática de acordo com os anos de experiência clínica dos fisioterapeutas, a realização ou não de uma formação pós-graduada, a região de prática e a autonomia no planeamento da intervenção em utentes com DCne. Esta análise, com base nos testes qui-quadrado, teste exato de *fisher* e correlação bivariada de phi, permitiu verificar se a utilização das modalidades de intervenção utilizadas em utentes com DCne aguda/subaguda e crónica é independente destas características.

Observou-se que, quanto maior a experiência clínica dos fisioterapeutas, menor a tendência para a utilização de um programa de exercício de força e/ou resistência para os flexores

cervicais profundos na sua prática clínica em utentes com DCne crónica. Isto não vai ao encontro do mencionado pela evidência científica, uma vez que se torna essencial incluir uma componente de exercício no programa de intervenção para utentes com DCne, juntamente com a componente de terapia manual, pelos seus resultados no alívio da dor e redução da incapacidade funcional a curto e médio prazo (Vicent, *et al.*, 2013; Bertozzi, *et al.*, 2013; Rolving, *et al.*, 2014; Yamato, Maher & Saragioto, 2014; Beltran-Alacreu, López-de-Uralde-Villanueva, Fernández-Carnero & Touche, 2015; Dewitte, *et al.*, 2016; Lauche, *et al.*, 2016; Bier, *et al.*, 2018). Constatou-se também que, quanto maior a experiência clínica dos fisioterapeutas, maior utilização de manipulação da coluna torácica em utentes com DCne crónica. Neste caso, o nível de experiência dos fisioterapeutas não resulta na integração de modalidades de intervenção relacionadas com as normas científicas atuais. Pois, segundo estas, em utentes com DCne crónica a manipulação da coluna torácica produz efeitos reduzidos em comparação com a manipulação da coluna cervical (Hidalgo *et al.*, 2013). A diferença entre uma prática informada pela evidência e os resultados observados pode ser justificado pela influência das preferências dos utentes, pelo défice de conhecimento sobre a evidência científica atual ou pelo grau de concordância com as diferentes modalidades de intervenção (Carlesso, MacDermid, Gross, Walton, & Santaguida, 2014).

Através dos dados obtidos sabemos que existe uma associação estatisticamente significativa entre a utilização de agentes físicos e a realização de formação pós-graduada ($p=.048$) e total autonomia no planeamento da sua intervenção em utentes com DCne aguda/subaguda ($p=.013$) e DCne crónica ($p=.012$). Ou seja, os fisioterapeutas com formação pós-graduada possuem maior tendência para introduzir os agentes físicos como uma das suas modalidades de intervenção em utentes com DCne aguda/subaguda. Estes resultados poderão ser explicados pela simplicidade e facilidade na aplicação destes métodos passivos e a perceção de carácter subjetivo do utente e/ou do fisioterapeuta em relação à utilização de equipamentos de alta tecnologia na sua intervenção (Gracey, *et al.*, 2012). Por outro lado, quanto maior o nível de autonomia do fisioterapeuta na sua prática clínica, menor a utilização de agentes/modalidades físicas no tratamento em indivíduos com DCne aguda/subaguda ou crónica pela presença de uma associação negativa entre estes parâmetros ($\phi=-.310$).

Quando analisada a região de prática dos fisioterapeutas observou-se que os fisioterapeutas a exercer na RAM possuem uma maior tendência para a utilização de tração manual da coluna cervical e aplicação de ligaduras *kinesiotape* em utentes com DCne aguda/subaguda ou crónica. Para além destas modalidades de intervenção, implementam programa de exercício de força e/ou resistência para os flexores cervicais profundos em utentes com DCne aguda/subaguda e utilizam a reabilitação biopsicossocial em utentes com DCne

crónica. De acordo com estes resultados podemos assumir que o facto de possuírem prática clínica na RAM não resulta na implementação de modalidades de intervenção de acordo com a mais recente evidência científica. Como referido anteriormente, as recomendações atuais para uma prática informada pela evidência em indivíduos com DCne aguda/subaguda referem a integração de terapia manual, educação, reabilitação biopsicossocial multidisciplinar e o exercício no seu plano de intervenção (Bier *et al.*, 2018). Por outro lado, em indivíduos com DCne crónica, é recomendado a combinação da terapia manual e programas de exercício com a possibilidade de complementarem a intervenção com terapia cognitiva comportamental; massagem; mobilização do tecido neural; *kinesiotape*; agentes térmicos e intervenção no local de trabalho (Bier *et al.*, 2018). As diferenças encontradas entre as normas de orientação clínica atuais e a prática clínica na RAM, segundo a Associação Americana de Fisioterapia (2016), são resultantes da criação de diferentes recomendações de acordo com sistemas locais de saúde no país. De acordo com Carlesso, MacDermid, Gross, Walton, & Santaguida (2014), a variabilidade das modalidades de intervenção utilizadas pelos fisioterapeutas, tendo em conta a região de prática, pode uniformizar-se se existir uma melhor clarificação de quais as modalidades inerentes a uma prática informada pela evidência.

Por fim constatou-se que, quanto maior o nível de autonomia do fisioterapeuta na sua prática clínica, maior a necessidade em acrescentar a componente de reabilitação biopsicossocial multidisciplinar em utentes com DCne aguda/subaguda. Esta intervenção é uma componente essencial para uma prática informada pela evidência (Bier *et al.* (2018) a qual demonstra efeitos positivos na redução da dor e incapacidade em indivíduos com DCne aguda/subaguda (Beltran-Alacreu, López-de-Uralde-Villanueva, Fernández-Carnero & Touche, 2015). Contudo, um maior nível de autonomia do fisioterapeuta está relacionado com uma maior a integração de manipulação da coluna cervical em utentes com DCne crónica. Premissa que não vai ao encontro do descrito na literatura uma vez que, segundo Vicent, *et al.* (2013), a manipulação da coluna cervical apenas apresenta resultados a longo prazo na DCne aguda/subaguda.

É importante evidenciar que, quando analisado as modalidades de intervenção utilizadas pelos fisioterapeutas portugueses, um maior nível de autonomia no planeamento da sua intervenção estava relacionado com a menor a utilização de agentes físicos, menor integração de um plano de exercício geral, maior integração de reabilitação biopsicossocial e maior a utilização de manipulação da coluna cervical. À exceção da utilização da manipulação da coluna cervical em utentes com DCne crónica, as restantes modalidades vão ao encontro do indicado pela evidência, como as modalidades mais recomendadas para alívio da dor e aumento da função em utentes com DCne aguda/subaguda e/ou crónica. Ou seja, a experiência clínica dos fisioterapeutas, a

região de prática e a realização de formações pós-graduadas, por si só, não potenciam a integração de uma prática informada pela evidência. Mas o facto de o nível de autonomia estar relacionado com uma maior responsabilização pela sua prática, poderá estar inerente à procura do mais recente conhecimento científico.

Limitações do Estudo

A leitura dos resultados deste estudo deve ter em atenção um conjunto de limitações. Primeiramente é de realçar o reduzido tamanho da amostra e o método de amostragem como duas das principais limitações deste estudo. A utilização de um método de amostragem por conveniência não permitiu a oportunidade de resposta a toda a população de fisioterapeutas a nível nacional e, conseqüentemente não levou a uma taxa de resposta elevada, pelo que não é suficiente para ser representativa e não contempla a variabilidade da população. Adicionalmente, o facto de se tratar de um estudo observacional transversal providencia apenas uma perspetiva geral da prática clínica dos fisioterapeutas (Carlesso, MacDermid, Gross, Walton & Santaguida, 2014).

Apesar do questionário *online* ser revisto por *experts* e outros profissionais de saúde a sua utilização permite o surgimento de limitações, entre as quais, a incorreta interpretação das questões redigidas, uma vez que não haverá um responsável para responder a dúvidas do mesmo (viés de informação). Para além de que as respostas providenciadas de acordo com o que seria expectável e não o que implementa (viés de desejabilidade) e ainda o viés de memória pela dificuldade em recordar-se do processo de avaliação, intervenção, *outcomes* medidos e instrumentos de medida utilizados.

Implicações do Estudo

Apesar das limitações descritas anteriormente, este estudo torna-se relevante para a prática profissional de fisioterapia em Portugal. Espera-se que os profissionais de saúde realizem um processo de autoavaliação e procurem saber quais as modalidades de intervenção mais adequadas, quais os parâmetros a avaliar e *outcomes* a ser medidos em indivíduos com DCne. Com o objetivo final de providenciar uma prática segura e coerente de acordo com as mais recentes diretrizes da evidência científica.

Para além disso, este estudo permitirá a criação de uma base de dados para futuros estudos, reflexão sobre o padrão de prática atual e educação nesta área ao permitir a recolha de informação relevante e inexistente atualmente em Portugal no que diz respeito a indivíduos com

DCne. Contribuirá também para a uniformização e melhoria da prática clínica, e consequentemente uma mudança na prática futura dos fisioterapeutas em Portugal.

É ainda de salientar que através deste estudo poder-se-á identificar a necessidade de formação por parte dos fisioterapeutas portugueses e ainda emergir a necessidade de divulgação das mais recentes recomendações e *guidelines* face à evidência científica melhorando assim os padrões de prática e a efetividade clínica.

Perspetivas de Investigação Futura

É relevante, em investigação futura, averiguar quais as principais barreiras à implementação de uma prática informada pela evidência em utentes com DCne. Isto permitirá gerar soluções e estratégias com o objetivo principal de uniformizar as modalidades de intervenção utilizadas pelos fisioterapeutas em Portugal descritas como as mais indicadas e que respondam às necessidades específicas de cada indivíduo.

Conclusão

Este estudo, apesar das suas limitações referidas anteriormente, permitiu identificar algumas lacunas na prática profissional dos fisioterapeutas indo ao encontro do seu principal objetivo que se centrou na caracterização da prática atual dos fisioterapeutas que intervêm com utentes com DCne em Portugal, no que diz respeito ao processo de avaliação e às modalidades de intervenção utilizadas na sua prática clínica.

Assim, foi possível observar que nem todos os profissionais de saúde em fisioterapia avaliam as *red flags* associadas à DCne, e como tal, não permite a realização um diagnóstico diferencial rigoroso (Douglass & Bope, 2004). Para além de que, existe também uma divergência perante as modalidades de intervenção identificadas pela evidência científica e a literatura existente como as mais efetivas para utentes com DCne quando comparado com as modalidades de intervenção utilizadas na prática clínica o que implica um maior período de tempo para obter os resultados pretendidos e, consequentemente, um decréscimo nos cuidados de saúde providenciamos aos utentes.

Pretende-se, então com este estudo, demonstrar a necessidade em maximizar os cuidados e serviços de saúde prestados pelos fisioterapeutas em Portugal através de uma prática informada na evidência.

Referências Bibliográficas

1. Ainpradub, K., Sitthipornvorakul, E., Janwantanakul, P. & Beek, A. (2015). Effect of education on non-specific neck and low back pain: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Manual Therapy*. 1-11. <http://dx.doi.org/10.1016/j.math.2015.10.012>
2. Agualusa, J. Lopes, J., Patto, T. & Serra, S. (2007). Questionários sobre Dor Crônica. *Dor*. 15(4). ISSN: 0872-4814
3. Ahuja, D. (2011). Continuing Professional Development within Physiotherapy- a Special Perspective. *Journal of Physical Therapy*. 3. 4-8.
4. Albright, J., et al. (2001). Philadelphia Panel Evidence-Based Clinical Practice Guidelines on Selected Rehabilitation Interventions for Neck Pain. *Journal of Physical Therapy*. 81(10). 1701-1717
5. Alreni, A., McLean, S., Demack, S., Harrop, D. & Kilner, K. (2018). Managing Non-Specific Neck Pain: a national survey of current UK Physiotherapy Practice. *Journal of Orthopaedic Proceedings*. 100-B(2).
6. Amorim, C., Gracitelli, M., Marques, A. & Alves, V. (2014). Effectiveness of Global postural Reeducation compared to segmental exercises on function, pain, and quality of life of patients with scapular dyskinesis associated with neck pain: a preliminary clinical trial. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*. 37(6). 441-447. <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2013.08.011>
7. Associação Americana de Fisioterapeutas. (2016). Dazed and Confused: When Guidelines Conflict. Em <https://apta.org/blog.aspx?blogmonth=8&blogyear=2016&blogid=266>>. Acesso a 01 de Novembro de 2019.
8. Associação Portuguesa da Dor. (2007). Questionários sobre Dor Crônica. *Dor*. 15(4).1-56. ISSN: 0872-4814
9. Associação Portuguesa de Fisioterapeutas. (2018). Padrões de Prática em Fisioterapia.
10. Basson, A. & Stewart, A. (2011). Physiotherapy management of low back pain- a review of Surveys. *South African Journal of Physiotherapy*. 67(1). 17-20
11. Beltran-Alacreu, H., López-de-Uralde-Villanueva, I., Fernández-Carnero, J. & Touche, R. (2015). Manual Therapy, Therapeutic Patient Education, and Therapeutic Exercise, na Effective Multimodal Treatment of Nonspecific Chronic Neck Pain. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 94(10). 887-897. DOI: 10.1097/PHM.0000000000000293

12. Bertozzi, L., *et al.* (2013). Effect of Therapeutic Exercise on Pain and disability in the Management of Chronic Nonspecific Neck Pain: Systematic Review and Meta-Analysis of Radomized Trials. *Physical Therapy Journal*. 93(8). 1026-1036.
13. Bier, J. *et al.* (2018). Clinical Practice Guideline for Physical Therapy Assessment and Treatment in Patients with Nonspecific Neck Pain. *Physical Therapy Journal*. 98. 162-171
14. Binder, A. (2007). The diagnosis and treatment of nonspecific neck pain and whiplash. *Europa Medicophysica*. 43 (1). 79-89
15. Binder, A. (2007). Neck Pain. *Clinical Evidence*. 8. 1-34
16. Blanpied, P. *et al.* (2017). Neck Pain: Revision 2017: Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *Journal of Prthopaedic and Sports Physical Therapy*. 47(7). A1-A83. doi:10.2519/jospt.2017.0302
17. Bolarinwa, O. (2015). Principles and Methods of Validity and Reliability Testing of Questionnaires used in Social and Health Science Researches. *Nigerian Postgraduated Medical Journal*. 22. 195-201
18. Borghoutsa, J., Koesa, B., Vondelingab, H. & Bouterab, L. (1999). Cost-of-illness of neck pain in The Netherlands in 1996. *Journal of Pain*. 80(3). 629-636. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(98\)00268-1](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(98)00268-1)
19. [Bosmans, J. *et al.*, \(2011\). Is behavioral graded activity cost-effective in comparison with Manual Therapy for Patients with Subacute Neck Pain? - An economic evaluation alongside a randomized clinical trial. *Spine Journal*. 36\(18\).E1179-E1186. DOI: 10.1097/BRS.0b013e31820644ed](#)
20. Brage, K., Ris, I., Falla, D., Søgaaard, K. & Juul-Kristensen, B. (2015). Pain Education combined with neck- and aerobic training is more effective at relieving chronic neck pain than pain education alone- A preliminary randomized controlled trial. *Manual Therapy Journal*. 20. 686-693. <http://dx.doi.org/10.1016/j.math.2015.06.003>
21. Carlesso, L., MacDermid, J., Gross, A., Walton, D. & Santaguida, P. (2014). Treatment preferences amongst physical therapists and chiropractors for the management of neck pain: results of an international survey. *Chiropractic & Manual Therapies Journal*. 22(11). 1-15
22. Carroll, L. *et al.* (2008). Course and Prognostic Factors for Neck Pain in the General Population. *Spine Journal*. 33(45). 575-582.
23. Cater, S. & Rizzo, J. (2007). Use of Outpatient Physical Therapy Services by People With Musculoskeletal Conditions. *Journal of Physical Therapy*. 87(5). 497-512

24. Charan, J. & Biswas, T. (2013). How to calculate sample size for different study designs in medical research?. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 35(2). 121-126. doi: [10.4103/0253-7176.116232](https://doi.org/10.4103/0253-7176.116232)
25. Chiaroto, A., Ostelo, R., Turk, D., Buchbinder, R. & Boers, M. (2017). Core Outcomes sets for research and clinical practice. *Brazilian Journal of Physical Therapy*. 21(2). 77-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjpt.2017.03.001>
26. Childs, J. et al. (2008). Neck Pain: Clinical Practice Guidelines linked to the international classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*. 38(9). A1-A34. doi:10.2519/jospt.2008.0303
27. Cleland, J., Fritz, J. & Childs, J. (2008). Psychometric Properties of the Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire and Tampa Scale of Kinesiophobia in Patients with Neck Pain. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 87. 109-117. DOI: 10.1097/PHM.0b013e31815b61f1
28. Cordeiro, N., Pezarat-Correia, P. Gil, J. & Cabri, J. (2013). Portuguese Language Version of the Tampa Scale for Kinesiophobia [13 items]. *Journal of Musculoskeletal Pain*. 21(1). 58-63. DOI: 10.3109/10582452.2012.762966
29. Côte, P., Cassidy, J., Carroll, L. & Kristman, V. (2004). The annual incidence and course of neck pain in the general population: a population-based cohort study. *Journal of Pain*. 112(3). 267-273. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.09.004>
30. DeVon, H. *et al.* (2007). [A Psychometric Toolbox for Testing Validity and Reliability. Journal of NursingScholarship](#). 155-164
31. [Dewitte, V., Peersman, W., Danneels, L., Bouche, K., Roets, A. & Cagnie, B. \(2016\). Subjective and clinical assessment criteria suggestive for five clinical patterns discernible in nonpecific neck pain patients. A delphi-survey of clinical experts. Manual Therapy Journal](#). 26. 87-96. <http://dx.doi.org/10.1016/j.math.2016.07.005>
32. [Douglas, A.](#) & Bope, E. (2004). Evaluation and Treatment of Posterior Neck Pain in Family Practice. *Journal of the American Board of Family Medicine*. 17. S13-S22
33. [Ferreira, P. \(1998\). A Medicação do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36](#). 1-63
34. Gouveia, M. & Augusto, M. (2011). Custos indirectos da dor crónica em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 29(2). 100-107.
35. [Graaf, M. & Schmitt, M. \(2012\). The effect of Training the deep cervical flexors on neck pain, neck mobility, and dizziness in a patient with chronic nonspecific neck pain after](#)

- [prolonged bed rest: a case report. *Journal of orthopaedic & sports physical therapy*. 42\(10\). 853-860.](#)
36. Groeneweg, R., Kropman, H., Leopold, H., Assen, L., Mulder, J., Tulder, M. & Oostendorp, R. (2010). The effectiveness and cost-evaluation of manual therapy and physical therapy in patients with sub-acute and chronic non specific neck pain. Rationale and design of a Randomized Controlled Trial (RCT). *BMC Musculoskeletal Disorders*. 11(14). 1-8. <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/11/14>
 37. Gustavsson, C. (2011). [Self-management of Persistent Neck Pain- A multicomponent group intervention in primary health care. ISBN 978-91-554-7965-7](#)
 38. Hidalgo, B., et al. (2017). The efficacy of manual therapy and exercise for treating non-specific neck pain: a systematic review. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*. 30. 1149-1169. DOI 10.3233/BMR-169615
 39. Hogg-Johnson, S. et al. (2009). The Burden and Determinants of Neck Pain in the General Population. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*. 32(2). S46-S60. doi:10.1016/j.jmpt.2008.11.010
 40. Hoy, D. et al. (2014). The global burden of neck pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 73. 1309-1315. doi:10.1136/annrheumdis-2013-204431
 41. Hudes, K. (2011). The Tampa Scale of Kinesiophobia and neck pain, disability and range of motion: a narrative review of the literature. *Journal of the Canadian Chiropractic Association*. 55(3). 222-232
 42. Ingram, L., Snodgrass, S. & Rivett, D. (2017). [Comparison of Cervical Spine Stiffness in Individuals with Chronic Nonspecific Neck Pain and Asymptomatic Individuals. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. 45\(3\). 162-169](#)
 43. Institute for Health Metrics and Evaluation. (2013). The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy. Seattle, WA: IHME. 1-50. ISBN 978-0-9840910-6-5
 44. [Jensen, G. et al. \(2007\). *Expertise in Physical Therapy*. Saunders. 2^a edition. ISBN: 9781416002147](#)
 45. [Kim, J.](#) & Kwag, K. (2016). Clinical effects of deep cervical flexor muscle activation in patients with chronic neck pain. *Journal of Physical Therapy Science*. 28. 269-273
 46. Lauche, et al. (2016). The effect of Tai Chi and Neck Exercises in the Treatment of Chronic Nonspecific Neck Pain: A randomized controlled trial. *The Journal of Pain*. 17(9). 1013-1027. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2016.06.004>

47. López-de-Uralde-Villanueva, I., Beltran-Alacreu, H., Fernández-Caarnero, J. & La Touche, R. (2016). Pain Management using a multimodal physiotherapy program including a biobehavioral approach for chronic nonspecific neck pain: a randomized controlled trial. *Physiotherapy Theory and Practice*. 157-174. DOI: 10.1080/09593985.2018.1480678
48. Louw, S., Makwela, S., Manas, L., Meyer, L., Terblanche, D. & Brink, Y. (2017). Effectiveness of exercise in office workers with neck pain: a systematic review and meta-analysis". *South African Journal of Physiotherapy*. 73(1). 1-11. <https://doi.org/10.4102/sajp.v73i1.392>
49. [Madson, T. & Hollman, J. \(2017\). Cervical Traction for Managing Neck Pain: A survey of Physiatrists in the United States. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. 47\(3\). 200-C7](#)
50. [Maroco, J. \(2007\). Análise Estatística- Com utilização do SPSS. 3ª Edição. Lisboa. ISBN: 978-972-618-452-2](#)
51. [Miller, J., Gross, A., D'Sylva, J., Burnie, S., Goldsmith, C., Graham, N., Haines, T., Bronfort, G. & Hoving, J. \(2010\). Manual Therapy and exercise for neck pain: a systematic review. *Journal of Manual Therapy*. 15. 334-354](#)
52. [Misailidou, V., Malliou, P., Beneka, A., Karagiannidis, A. & Godolias, G. \(2010\). Assessment of patients with neck pain: a review of definitions, selection criteria, and measurement tools. *Journal of Chiropractic Medicine*. 9. 49-59](#)
53. Miyamoto, G., Lin, C., Cabral, C., van Dongen, J. & van Tulder, M. (2018). Cost-effectiveness of exercise therapy in the treatment of non-specific neck pain and low back pain: a systematic review with meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*. 1-11. doi:10.1136/bjsports-2017-098765
54. Nyirö, L., Peterson, C. & Humphreys, B. (2017). Exploring the definition of "acute" neck pain: a prospective cohort observational study comparing the outcomes of chiropractic patients with 0-2weeks, 2-4weeks and 4-12weeks of symptoms. *Chiropractic & Manual Therapies*. 25(24). 1-10. DOI 10.1186/s12998-017-0154-y
55. Oppenheim, A. (1992). Questionnaire Design, Interviewing, and Attitude Measurement. Printer Publisher. London & New York
56. Pensri, P., Foster, N., Sricuk, S., Baxter, G. & McDonough, S. (2005). Physiotherapy management of low back pain in Thailand: a study of practice. *Physiotherapy Research International*. 10(4). 201-212. DOI: 10.1002/pri.16
57. Pereira, M. (2012). Contribuição para a adaptação cultural do *Neck Disability Index* e caracterização da prática de fisioterapia em pacientes com Dor Crónica Cervical.

58. Pires, D., Cruz, E., Almeida, I., Abreu, J., Domingues, L. & Duarte, S. (2016). Modelo de Avaliação da Disfunção Arterial na região cervical, pré-intervenção com Terapia Manual Ortopédica (TMO).
59. Pool, J., Ostelo, R., Hoving, J., Bouter, L. & Vet, H. (2007). Minimal Clinically Important Change of the Neck Disability Index and the Numerical Rating Scale for Patients with Neck Pain. *The Spine Journal*. 32(26). 3047-3051. doi:10.1097/brs.0b013e31815cf75b
60. Resender, L., Merriwether, E., Rampazo, E., Dailey, D., Embree, J., Deberg, J., Liebano, R. & Sluka, A. (2017). Meta-analysis of transcutaneous electrical nerve stimulation for relief of spinal pain. *Europeand Journal of Pain*. 22(4). 663-678. doi:10.1002/ejp.1168
61. Röhrig, B., Prel, J., Wachtlin, D. & Blettner, M. (2009). Types of Study in Medical Research: Part 3 of a series on evaluation of scientific publications. *Deutsches Arzteblatt International* 106(15). 262-268. DOI: 10.3238/arztebl.2009.0262
62. Rolving, N., *et al.* (2014). Effect of strength training in addition general exercise in the rehabilitation of patients with non-specific neck pain. A randomized clinical trial. *European Journal of Physical And Rehabilitation Medicine*. 50(6). 617-626
63. Rosenthal, J. (1995). Qualitative Descriptors of Strength of Association and Effect Size. *Journal of Social Service Research*. 21(4). 37-59. https://doi.org/10.1300/J079v21n04_02
64. Velde, G., Bayourni, A., Côte, P., Chan, S. & Bombardier, C. (2008). Identifying the best treatment among common nonsurgical neck pain treatments. *Spine Journal*. 33(45). S184-S191.
65. Vicent, K., Maigne, J., Fischhoff, C., Lanlo, O. & Dagenais, S. (2013). Systematic review of manual therapies for nonspecific neck pain. *Joint Bone Spine Journal*. 80.508-515. doi:10.1016/j.jbspin.2012.10.006
66. Terwee, *et al.* (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. 60. 34-42
67. Vinuto, J. (2014). A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*. 22(44). 201-218
68. Walton, D. *et al.* (2013). Results of an International Survey of Practice Patterns for Establishing Prognosis in Neck Pain: The ICON Project. *The open Orthopaedics Journal*. 7(4). 387-395
69. World Confederation for Physical Therapy. (2002). Evidence Based Practice- An International Perspective. Report of and Expert Meeting of WCPT Member Organisations.1-35

70. World Confederation for Physical Therapy. (2007). Position Statement- Description of Physical Therapy. 1-7
71. Yamato, T., Maher, C. & Saragiotto, B. (2014). Therapeutic exercise for chronic non-specific neck pain. *British Journal of Sports Medicine*. 93. 1026-1036. DOI: 10.1136/bjsports-2014-093874 · Source: PubMed
72. Zadro, J., O'Keeffe, M. & Maher, C. (2019). Do physiatl therapists follow evidence-based guidelines when managing musculoskeletal conditions? Systematic review. *BMJ Open*. 9. 1-19. doi:10.1136/bmjopen-2019-032329

Lista de Figuras

Figura 1. Fluxograma do Estudo

Figura 2. Parâmetros da Avaliação Subjetiva

Figura 3. Parâmetros da Avaliação Objetiva

Figura 4. Modalidades de Intervenção dominantes na DCne aguda/subaguda

Figura 5. Modalidades de Intervenção em DCne crónica

Figura 6. Domínios de Resultados

Figura 7. Red Flags

Figura 8 Relação de *Red Flags* com Rotura da Artéria Vertebral

Figura 9. Modalidades de Intervenção utilizadas na DCne aguda/subaguda

Figura 10. Modalidades de Intervenção utilizadas na DCne Crónica

Figura 11. Tipos de programas de exercício utilizados na intervenção com utentes com DCne aguda/subaguda

Figura 12. Tipos de programas de exercício utilizados na intervenção com utentes com DCne crónica.

Figura 13. Todos os Parâmetros da Avaliação Subjetiva

Figura 14. Relação de *Red Flags* com Presença de Fratura

Figura 15. Relação de *Red Flags* com Presença de Lesão Neurológica

Figura 16. Relação de *Red Flags* com Presença de Infecção

Figura 17. Relação de *Red Flags* com Presença de Neoplasia

Figura 18. Relação de *Red Flags* com Presença de Doença Sistémica

Figura 19. Todas as Modalidades de Intervenção utilizadas em DCne aguda/subaguda

Figura 20. Todas as Modalidades de Intervenção utilizadas em DCne crónica

Lista de Tabelas

Tabela 3. Caraterização dos Participantes

Tabela 4. Caraterização Genérica do Padrão de Prática

Apêndice

Apêndice 1- Consentimento Informado

Apêndice 2- Questionário de Caracterização da Prática Profissional da Fisioterapia em Indivíduos com Dor Cervical Não Específica em Portugal

Apêndice 3- Carta Convite ao Comité de Peritos/*Experts*

Apêndice 4- Grelha de Avaliação do Comité de Peritos/*Experts*

Apêndice 5- Carta Convite à Participação no Teste Piloto

Apêndice 6- Relatório do Teste Piloto

Apêndice 7- Figuras da Caracterização Genérica do Padrão de Prática

Apêndice 8- Associações Estatisticamente Significativas das Modalidades de Intervenção

Apêndice 1- Consentimento Informado

Consentimento Informado para Participantes

Caraterização da Prática Profissional da Fisioterapia em Indivíduos com Dor Cervical Não Específica em Portugal

Escola Superior de Saúde, Departamento de Fisioterapia

Formulário de Consentimento Informado

Este estudo está enquadrado na Unidade Curricular de Trabalho de Projeto do 2º ano do Curso de Mestrado em Fisioterapia – Ramo de Condições Músculo-Esqueléticas, lecionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal em parceria com a Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas e Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, e é realizado pelo discente Márcia Sofia Gomes de Freitas sob orientação científica do Professor Eduardo Cruz e da Professora Lúcia Domingues.

Declaro que li e compreendi a informação facultada na ficha informativa e que pude esclarecer todas as dúvidas com os investigadores.

Sei que a minha participação no estudo é completamente voluntária e que o seu objetivo é caraterizar a prática atual dos fisioterapeutas em Portugal em indivíduos com DCne.

Sei que fui selecionado(a) pela minha prática profissional em fisioterapia, e por preencher os critérios de inclusão necessários, nomeadamente, fisioterapeuta com prática laboral em Portugal continental, região autónoma da Madeira ou região autónoma dos Açores; experiência mínima de um ano na área da músculo-esquelética; avaliação e tratamento de indivíduos com DCne no último ano.

Foram-me explicados todos os princípios e procedimentos e estou consciente que terei de responder a questionário *online* com um tempo médio de preenchimento de 15 minutos que me será indicado via *email*.

Sei que não são esperadas quaisquer implicações negativas da minha participação no estudo. Compreendo igualmente que tenho o direito de colocar qualquer questão durante o desenvolvimento deste estudo. Sei que posso abandonar o estudo em qualquer momento, sem necessitar de dar nenhuma justificação, e sem que isso afecte a minha atividade profissional no futuro.

Compreendo que será usado um sistema de codificação da minha identidade, que permitirá que o estudo funcione em anonimato, ou seja, a equipa que analisa os dados não tem acesso à minha identificação e a mesma só será usada pelos investigadores em caso de dúvida.

Estou igualmente consciente que as minhas respostas serão apresentadas no âmbito da apresentação do Trabalho de Projeto do Mestrado em Fisioterapia - Ramo das Condições Músculo-Esqueléticas, mas nunca de forma individual. Sei que uma vez apresentados os resultados, os dados originais serão destruídos.

Assim, declaro que aceito participar nesta investigação, com a salvaguarda da confidencialidade e anonimato e sem prejuízo pessoal de cariz ético ou moral.

Nome _____

Assinatura: _____

Data: _____

Assinatura do Investigador _____

Apêndice 2- Questionário de Caracterização da Prática Profissional da Fisioterapia em Indivíduos com Dor Cervical Não Específica em Portugal

Mensagem de Boas-Vindas:

Antes de tomar qualquer decisão previamente à participação neste estudo, é importante que compreenda as razões pelas quais este estudo está a ser conduzido e o nível de envolvimento que lhe é pedido. Por favor, utilize o tempo que necessitar para ler a informação que se segue. Poderá falar com outras pessoas sobre este estudo, se o desejar. Se algum aspeto não for claro ou se desejar mais informação por favor não hesite em colocar-nos as suas questões. Utilize o tempo que necessitar para decidir se deseja ou não participar neste estudo.

Descrição:

Este estudo está enquadrado na Unidade Curricular de Trabalho de Projeto do 2º ano do Curso de Mestrado em Fisioterapia – Ramo de Condições Músculo-Esqueléticas, lecionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal em parceria com a Nova Medical School Faculdade de Ciências Médicas e Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. Tem como objetivo caracterizar a prática atual dos fisioterapeutas em Portugal, na área de músculo-esquelética, em indivíduos com Dor Cervical não específica (DCne) definida como ausência de anormalidades estruturais identificáveis ou processos patológicos específicos subjacentes aos sintomas e identificar barreiras e fatores facilitadores para a implementação de uma prática clínica informada pela evidência. É realizado pela discente Márcia Sofia Gomes de Freitas sob orientação científica do Professor Eduardo Cruz e da Professora Lúcia Domingues. O tempo médio de preenchimento do questionário é de 15 minutos.

Carta Explicativa do Estudo:

Parte 1 | O propósito do estudo e o nível de envolvimento que lhe é pedido.

Qual é a finalidade deste estudo?

A finalidade deste estudo é caracterizar a prática atual dos fisioterapeutas em Portugal, na área de músculo-esquelética, em indivíduos com Dor Cervical Não Específica, definida como a ausência de anormalidades estruturais identificáveis ou processos patológicos específicos subjacentes aos sintomas (Ingram, Snodgrass & Rivett, 2017) na região posterior da cervical entre o occipital e o processo espinhoso da primeira vértebra dorsal (Vicent, Maigne, Fischhoff, Lanlo & Dagenais, 2013). Por que fui convidado(a)? Foi convidada(o) para participar neste estudo porque: 1) exerce a sua prática laboral em Portugal Continental, Região Autónoma da Madeira e Região Autónoma dos Açores; 2) tem experiência mínima de um ano de prática na área da músculo-esquelética; 3) avaliou e tratou indivíduos com DCne no último ano. A sua participação irá ajudar-nos a caracterizar a prática clínica (processo de avaliação, outcomes medidos, instrumentos de avaliação e modalidades de intervenção) dos fisioterapeutas em Portugal em indivíduos com dor cervical não

específica. Este estudo permitirá a criação de uma base de dados para futuros estudos, prática clínica e educação nesta área ao permitir a recolha de informação relevante e inexistente atualmente em Portugal no que diz respeito à prática dos fisioterapeutas em indivíduos com DCne.

Tenho mesmo que participar?

A decisão de participar é sua. O estudo e os respetivos procedimentos serão descritos ao longo desta carta explicativa. Terá o tempo que necessitar para a ler e colocar questões. De seguida iremos solicitar o seu consentimento informado. É livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha que o justificar. Esta decisão não tem qualquer impacto na sua atividade laboral. O que acontece, se aceitar participar? Se for da sua vontade aceitar participar no estudo, poderá então proceder ao preenchimento do questionário de Caracterização da Prática Profissional da Fisioterapia em Indivíduos com DCne em Portugal.

O que terei que fazer?

Terá que responder às questões presentes no questionário de Caracterização da Prática Profissional da Fisioterapia em Indivíduos com DCne em Portugal que possui a duração aproximada de 15 minutos.

Quais são as possíveis vantagens em participar?

Não lhe podemos prometer que este estudo a(o) ajude de alguma forma. Contudo, podemos garantir-lhe que a informação que retirarmos dele irá ajudar-nos a compreender melhor a caracterização da prática atual dos fisioterapeutas em Portugal, na área de músculo-esquelética, em indivíduos com DCne.

Quais são as possíveis desvantagens ou riscos se aceitar participar?

Não são esperadas quaisquer implicações negativas para os participantes neste estudo. Se, por alguma razão, não se sentir confortável a responder a alguma questão poderá abandoná-lo a qualquer momento sem necessidade de fornecer qualquer justificação.

E se houver algum problema?

Qualquer queixa que tenha sobre este estudo, sobre a forma como foi abordado(a) ou qualquer dano associado serão considerados. Na parte 2 deste documento, poderá encontrar mais informação sobre este aspeto. Poderá também entrar em contato com a Instituição que suporta esta investigação, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, através do telefone (265709395) ou através dos e-mails (eduardo.cruz@ess.ips.pt; lucia.domingues@ess.ips.pt; dcne.ftportugal@gmail.com).

A minha participação neste estudo será confidencial?

Sim. Serão adotados um conjunto de procedimentos de natureza ética de forma a assegurar que a sua participação será mantida em confidencialidade. Na parte 2 deste documento poderá encontrar mais informação sobre este aspeto. Se a informação disponibilizada na parte 1 lhe despertou interesse em participar, por favor leia a informação adicional apresentada na parte 2 antes de tomar qualquer decisão.

Parte 2 | A forma como estudo será conduzido

O que acontece se eu não aceitar participar no estudo?

A sua participação é totalmente voluntária e é livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha que o justificar. Se desistir do estudo, não serão utilizados quaisquer dados que lhe digam respeito. Esta decisão não terá qualquer impacto na sua prática profissional atual ou no futuro.

E se houver algum problema?

Se tiver alguma queixa sobre qualquer aspeto deste estudo, deverá falar com um membro da equipa de investigação. Nessa situação, faremos o nosso melhor para responder às suas questões. Poderá contactar-nos através do seguinte e-mail dcne.ftportugal@gmail.com. Se por acaso não nos conseguir contactar, deixe a sua mensagem para que a(o) contactemos logo que possível. Se pretende informação adicional da Instituição que suporta esta investigação, ou se desejar fazer uma reclamação poderá contactar a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, através do telefone (265709395) ou através do e-mail (eduardo.cruz@ess.ips.pt; lucia.domingues@ess.ips.pt).

A minha participação neste estudo será confidencial?

Sim. Serão adotados um conjunto de procedimentos de natureza ética de forma a assegurar que a sua participação será mantida em confidencialidade. Os seus dados sociodemográficos, profissionais e as suas respostas ao questionário serão codificados e introduzidos por procedimento informático automático numa base de dados sem qualquer referência ao seu nome ou outros dados identificativos. Toda a documentação (questionários preenchidos e base de dados) será armazenada em local seguro apenas acessível à investigadora e ao Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal até à conclusão do presente estudo (máximo 5anos) sendo eliminados no final desse período. De forma a zelar pelos interesses e direitos humanos dos participantes; este estudo foi previamente aprovado pela Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal a qual verificou a sua adequabilidade ética. O que irá acontecer às informações que eu der sobre mim? Serão recolhidos dados relativos às suas características sociodemográficas e da sua prática clínica. Estes dados serão agregados e nunca serão apresentados de forma individual. Pretendem apenas caracterizar os participantes neste estudo, no seu conjunto. Todos os dados recolhidos serão codificados aquando da sua introdução na base de dados, garantindo desta forma o anonimato no seu armazenamento.

O que irá acontecer com os resultados deste estudo?

Os resultados do estudo serão apresentados no âmbito da apresentação do Trabalho de Projeto do Mestrado em Fisioterapia - Ramo das Condições Músculo-Esqueléticas, nunca sendo os participantes identificados de forma individual. Eventualmente os resultados poderão ser publicados conferências/revistas da especialidade, mas nunca de forma individual.

Formulário do Consentimento Informado:

Este estudo está enquadrado na Unidade Curricular de Trabalho de Projeto do 2º ano do Curso de Mestrado em Fisioterapia – Ramo de Condições Músculo-Esqueléticas, lecionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal em parceria com a Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas e Escola Nacional de Saúde Publica da Universidade

Nova de Lisboa, e é realizado pelo discente Márcia Sofia Gomes de Freitas sob orientação científica do Professor Eduardo Cruz e da Professora Lúcia Domingues.

Declaro que li e compreendi a informação facultada na carta explicativa e que pude esclarecer todas as dúvidas com os investigadores.

Sei que a minha participação no estudo é completamente voluntária e que o seu objetivo é caracterizar a prática atual dos fisioterapeutas em Portugal em indivíduos com Dor Cervical Não Específica (DCne).

Sei que fui selecionado(a) pela minha prática profissional em fisioterapia, e por preencher os critérios de inclusão necessários, nomeadamente, fisioterapeuta com prática laboral em Portugal continental, região autónoma da Madeira ou região autónoma dos Açores; experiência mínima de um ano na área da músculo-esquelética; avaliação e tratamento de indivíduos com DCne no último ano.

Foram-me explicados todos os princípios e procedimentos e estou consciente que terei de responder a um questionário com formato online, através da plataforma LimeSurvey, com um tempo médio de preenchimento de 15 minutos. Sendo que me será enviado via email o link de acesso à plataforma mencionada.

Sei que não são esperadas quaisquer implicações negativas da minha participação no estudo.

Compreendo igualmente que tenho o direito de colocar qualquer questão durante o desenvolvimento deste estudo. Sei que posso abandonar o estudo em qualquer momento, sem necessitar de dar nenhuma justificação, e sem que isso afete a minha atividade profissional no futuro.

Compreendo que será usado um sistema de codificação da minha identidade, pela base de dados do LimeSurvey, que permitirá que o estudo funcione em anonimato, ou seja, a equipa que analisa os dados não tem acesso à minha identificação e a mesma só será usada pelos investigadores em caso de dúvida. A transcrição dos dados para base de dados SPSS será realizada automaticamente pela ferramenta disponível para o efeito na plataforma LimeSurvey e será posteriormente armazenada em computador da ESS-IPS, apenas acessível aos investigadores e ao Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e eliminados após um período de cinco anos após a conclusão do estudo. É de salientar que a base de dados do LimeSurvey está alojada e protegida em server do IPS.

Estou igualmente consciente que as minhas respostas serão apresentadas no âmbito da apresentação do Trabalho de Projeto do Mestrado em Fisioterapia - Ramo das Condições Músculo-Esqueléticas, mas nunca de forma individual. Sei que uma vez apresentados os resultados, os dados originais serão destruídos.

Confirmação do Consentimento Informado:

Declaro que aceito participar nesta investigação, com a salvaguarda da confidencialidade e anonimato e sem prejuízo pessoal de cariz ético ou moral.

Ajuda:

De forma a permanecer com uma cópia do consentimento informado, poderá utilizar o código ctrl+p para imprimir esta página.

Mensagem Final:

Obrigada(o) pela sua colaboração.

Seção 1-Caraterização dos Participantes

1. Idade ____ anos
2. Género
Masculino ☐
Feminino ☐
3. Na sua prática profissional atual tem experiência com utentes com dor cervical não específica?
Sim ☐
Não ☐

(Caso tenha respondido “**Não**”, o questionário termina aqui. Obrigada pela sua colaboração!)

4. Possui cédula profissional?
Sim ☐
Não ☐
5. Quais as suas qualificações académicas? (Assinale todas as que se aplicam)

Grau	
Bacharelato em Fisioterapia	
Licenciatura em Fisioterapia	
Mestre em Fisioterapia	
Doutorado em Fisioterapia	
Outro. Qual?	

6. Qual a sua escola de formação base?

7. Possui formação complementar pós-graduada (duração mínima de 20h) na área de Músculo-

Escola	
Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias	
Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra	
Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde	
Instituto Politécnico de Lisboa – Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa	
Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde	
Instituto Politécnico do Porto – Escola Superior de Saúde	
Universidade de Aveiro – Escola Superior de Saúde de Aveiro	
CESPU – Instituto Politécnico de Saúde do Norte – Escola Superior de Saúde do Vale	
do Ave	
CESPU – Instituto Politécnico de Saúde do Norte – Escola Superior de Saúde do Vale	
do Sousa	
Escola Superior de Saúde Atlântica	
Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha	
Escola Superior de Saúde de Santa Maria	
Escola Superior de Saúde de Alcoitão	
Escola Superior de Saúde Egas Moniz	
Escola Superior de Saúde Jean Piaget – Algarve	
Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia	
Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Viseu	

Esquelética? Sim ☐ Não ☐

7.1. Se sim, quais?

Formação	
Cyriax	
McKenzie	
Maitland	
Shacklock	
Mulligan	
Reeducação Postural Global	
Pilates Clínico	
Trigger Points	
Controlo Motor	
Exercício	

Outra(s). Qual(is)? _____	
---------------------------	--

8. Quantos anos de experiência clínica na área de músculo-esquelética possui?

Inferior a 1ano ☐

2-5anos ☐

6-10anos ☐

Mais de 10anos ☐

9. Em que região exerce a sua prática clínica?

Portugal Continental Norte ☐

Portugal Continental Centro ☐

Portugal Continental Sul ☐

RAA ☐

RAM ☐

10. Qual o sector de prática onde exerce?

Sector Público ☐

Sector Privado ☐

Sector Público-Privado ☐

Outro ☐ Qual? _____

11. Qual o local de prática clínica onde exerce?

Hospital ☐

Clínica ☐

Prestação de Serviços Domiciliários ☐

Outro. Qual? _____

12. Qual o contexto onde exerce?

Sozinho ☐

Equipa Multidisciplinar ☐

Equipa de Fisioterapeutas ☐

Outro. Qual? _____

13. Atualmente exerce prática clínica na área de músculo-esquelética?

Sim ☐

Não ☐

Seção 2- Caraterização Geral da Prática Clínica

14. Avaliou indivíduos com DCne, ou seja, com ausência de anormalidades estruturais identificáveis ou processos patológicos específicos subjacentes aos sintomas na região posterior da cervical entre o occipital e o processo espinhoso da primeira vértebra dorsal no último ano?

Sim ☐

Não ☐

15. Diariamente qual o número de indivíduos com DCne com os quais intervém?

Menos que 2 utentes ☐

3 a 5 utentes ☐

Mais de 6 utentes ☐

16. Com que frequência o planeamento da intervenção em utentes com DCne é:

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
Condicionado Totalmente por Prescrição Médica					
Condicionado Parcialmente por Prescrição Médica					
Definido Autonomamente					

(se o planeamento da intervenção é definido autonomamente avançar para a questão 19)

17. Se o seu planeamento da intervenção é condicionado por prescrição médica, quais os parâmetros incluídos?

Número de Sessões ☐

Estratégias de Intervenção ☐

Ambos ☐

18. Em média qual o número total de sessões realizadas em utentes com DCne aguda/subaguda?

1 a 3 sessões ☐

4 a 6 sessões ☐

7 a 20 sessões ☐

Mais de 20 sessões ☐

19. Em média qual o número total de sessões realizadas em utentes com DCne crónica?

1 a 3 sessões ☐

4 a 6 sessões ☐

7 a 20 sessões ☐

Mais de 20 sessões ☐

20. Em média, qual o tempo despendido para uma sessão?

Menos de 30min ☐

30min a 1 hora ☐

Mais de 1 hora ☐

21. Qual a frequência das sessões, por semana, em utentes com DCne aguda/subaguda?

1 a 2 sessões por semana ☐

3 a 4 sessões por semana ☐

Mais de 4 sessões por semana ☐

22. Qual a frequência das sessões, por semana, em utentes com DCne crónica?

1 a 2 sessões por semana ☐

3 a 4 sessões por semana ☐

Mais de 4 sessões por semana ☐

23. Sendo um episódio de cuidados o período que ocorre desde a primeira à última sessão de intervenção no que diz respeito à mesma condição clínica, qual a duração de um episódio de cuidados em indivíduos com DCne aguda/subaguda?

1 a 2 semanas ☐

3 a 5 semanas ☐

6 a 7 semanas ☐

Mais de 7 semanas ☐

24. Sendo um episódio de cuidados o período que ocorre desde a primeira à última sessão de intervenção no que diz respeito à mesma condição clínica, qual a duração de um episódio de cuidados em indivíduos com DCne crónica?

1 a 2 semanas ☐

3 a 5 semanas ☐

6 a 7 semanas ☐

Mais de 7 semanas ☐

Seção 3- Caracterização Específica da Prática Clínica em Indivíduos com DCne

Avaliação

25. Tendo em conta as características dos utentes com DCne no seu contexto de prática clínica, assinale com que frequência inclui na avaliação inicial (exame subjetivo e objetivo) os seguintes fatores:

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
Alterações da Visão					
Alterações Estruturais da Coluna Cervical (rx)					
Artropatias Inflamatórias					
Avaliação dos Fatores que Agravam a sintomatologia					

Avaliação dos Fatores que Aliviam a sintomatologia					
Avaliação dos Fatores Contribuintes (Ex. <i>yellow</i> , <i>blue</i> e <i>blackflags</i>)					
Avaliação da Localização dos Sintomas (Ex. <i>Bodychart</i>)					
Cirurgia Recente à Cabeça					
Cirurgia Recente à Cervical					
Cirurgia Recente aos Dentes					
Crítérios da CCSR e NEXUS para suspeita de fratura					
Diabetes Mellitus					
Disfunções na Coagulação ou Uso de Terapia Anticoagulante					
Doença cardíaca, vascular e antecedentes de AVC, AIT					
Doença do Tecido Conjuntivo					
Doença Inflamatória					
Exame Neurológico (nervos periféricos, cranianos, neurónio motor; Sinais e Sintomas de Compressão de Raízes Nervosas em vários níveis; Lesões do Primeiro Neurónio; Lesão Medular)					
Agravamento das Funções Neurológicas					
Exame ou Comportamento da Dor (p.e. dor não mecânica, severa e constante ou dor noturna constante; explicação mecânica plausível para a sintomatologia; critérios S.I.N.)					
Fumador ou ex-fumador					
Hipercolesterolemia/ Hiperlipidemia					
Hipertensão/ Pressão Arterial					
História Anterior de Trauma da Coluna Cervical (há mais de 1ano)					
História Recente de Trauma da Coluna Cervical (há menos de 1ano)					

História Conhecida de Compromisso Congénito do Teor de Colagénio					
História de Dor na Cabeça com Enxaqueca Associada					
História de Infecção na Garganta Recente ou na Infância					
Instabilidade Postural/ Desequilíbrio ou Episódios de Queda frequentes					
Integridade dos Ligamentos Craniovertebrais (através de movimentos ativos, passivos e acessórios)					
Manipulação Cervical recente por outro profissional					
Mau Estar Geral (Náuseas ou Vômitos)					
Perda de Peso Repentino					
Palpação da Artéria Carótida					
Movimentos Fisiológicos Ativos					
Movimentos Fisiológicos Passivos					
Movimentos Acessórios					
Força Muscular					
Palpação dos Tecidos Moles					
Patologia Oncológica Ativa ou Anterior					
Período Imediato Pós-parto					
Presença de Osteoporose					
Primeiro episódio de DCne de instalação súbita antes dos 18anos ou depois dos 55 anos					
Síndrome de Hipermobilidade					
Sudorese Excessiva					
Teste Posicional					
Tonturas ou Vertigens					
Uso Prolongado de Esteróides					

Medição dos Resultados de Intervenção

26. Indique quais os domínios de reavaliação dos resultados da sua intervenção e com que frequência.

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
Intensidade da dor					
Capacidade Funcional					
Qualidade de Vida					
Catastrofização					
Amplitude de Movimento					
Cinesiofobia/Crenças Medo-Evitamento					
Força Muscular dos Flexores Cervicais Profundos					
Perceção Global de Melhoria					
Outra(s). Qual(is)?					

27. Selecione com que frequência utiliza os seguintes métodos ou instrumentos de medida para avaliar os seguintes parâmetros.

		Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
Intensidade da dor	Escala Numérica da Dor					
	Escala Visual Análoga					
	Outra(s). Qual(is)? _____					
Incapacidade Funcional	<i>Neck Disability Index</i>					
	Outra(s). Qual(is)? _____					

Qualidade de Vida	SF-36					
	Outra(s). Qual(is)? _____					
Catastrofização	PCS					
	Outra(s). Qual(is)? _____					
Amplitude de Movimento	Goniômetro					
	CROM					
	Outra(s). Qual(is)? _____					
Cinesiofobia/Crenças Medo-Evitamento	Tampa Scale					
	Outra(s). Qual(is)? _____					
Força Muscular dos Flexores Cervicais Profundos	Teste Flexão Crânio Cervical para os Flexores Profundos					
	Outra(s). Qual(is)? _____					
Percepção Global de Melhoria	Escala de Percepção Global de Mudança (PGIC)					

Intervenção

28. Qual o padrão de prática que utiliza em indivíduos com DCne?

Unimodal (consiste na aplicação de apenas uma modalidade terapêutica (ex. terapia manual))	
Multimodal (aplicação de mais de uma modalidade terapêutica (ex. terapia manual e exercício))	

29. Identifique quais as modalidades de intervenção que utiliza na sua prática clínica, e com que frequência, em utentes com DCne aguda/subaguda.

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
Terapia Manual (p.e. trigger points, outras não especificadas na tabela ou técnicas miofasciais)					
Manipulação Coluna Cervical					
Manipulação Coluna Torácica					
Mobilização Articular					
Programa de Exercício de Força e/ou Resistência para os Flexores Cervicais Profundos					
Programa de Exercício Geral/ Não específico					
Tração Manual Coluna Cervical					
Agentes Físicos (p.e. termoterapia, eletroterapia, US, etc)					
Educação/Ensino (p.e. neurociência da dor)					
Punção Seca					
Aplicação de Ligaduras de Kinesiotape					
Reabilitação biopsicossocial multidisciplinar					

Terapia Cognitivo-Comportamental					
Imobilização através do Colar Cervical					
Alongamentos					
Outras. Quais?_____					

Comentário:

30. Identifique quais as modalidades de intervenção que utiliza na sua prática clínica, e com que frequência, em utentes com DCne crónica.

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
Terapia Manual (p.e. trigger points, técnicas, outras não especificadas na tabela ou miofasciais)					
Manipulação Coluna Cervical					
Manipulação Coluna Torácica					
Mobilização Articular					
Programa de Exercício de Força e/ou Resistência para os Flexores Cervicais Profundos					
Programa de Exercício Geral/ Não específico					
Tração Manual Coluna Cervical					
Agentes Físicos (p.e. termoterapia, eletroterapia, US, etc)					
Educação/Ensino (p.e. neurociência da dor)					

Punção Seca					
Medicação					
Aplicação de Ligaduras de <i>Kinesiotape</i>					
Reabilitação biopsicossocial multidisciplinar					
Terapia Cognitivo- Comportamental					
Imobilização através do Colar Cervical					
Alongamentos					
Outras. Quais?_____					

Comentário:



CARTA CONVITE

Caro(a) Colega

O meu nome é Márcia Sofia Gomes de Freitas, sou estudante do Curso de Mestrado em Fisioterapia – Condições Músculo-esqueléticas, lecionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, e a Nova *Medical School*/ Faculdade de Ciências Médicas e Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Neste momento, sob orientação científica do Professor Eduardo Cruz e coorientação da Professora Lúcia Domingues, estou a desenvolver um questionário que é parte integrante da dissertação final de Mestrado. Tem como objetivo caracterizar a prática atual dos fisioterapeutas em Portugal, na área de músculo-esquelética, em indivíduos com Dor Cervical não específica (DCne) definida como ausência de anormalidades estruturais identificáveis ou processos patológicos específicos subjacentes aos sintomas.

O questionário (Apêndice 1) é constituído por três seções – “Caracterização dos Participantes”; “Caracterização Geral da Prática Clínica em Utentes com DCne” e “Caracterização Específica da Prática Clínica em Indivíduos com DCne”.

Considerando a sua experiência e *expertise* na área das condições músculo-esqueléticas, vimos por este meio, solicitar a sua colaboração para a validação facial e de conteúdo do questionário.

A validade facial é uma medida subjetiva de validade, e diz respeito ao grau em que um instrumento aparenta medir aquilo que de facto pretende medir. Esta medida não é uma forma de validade no sentido de que o instrumento mede o constructo de interesse, mas fornece informação de como potenciais participantes poderão interpretar e responder aos itens (DeVon et al., 2007). A validade de conteúdo examina a medida em que os todos os conceitos de interesse do constructo estão devidamente representados pelos itens do questionário (DeVon et al., 2007; Terwee et al., 2007).

Assim, solicitamos que após o preenchimento do questionário responda às questões que lhe são colocadas e que constam do Apêndice 2. Solicitamos ainda que contabilize o tempo que despendeu no preenchimento deste questionário e o registe no local indicado no Apêndice 2.

Caso surja alguma dúvida por favor não hesite em contactar-me através do número: **968504278 (Sofia Freitas)** ou pelo seguinte e-mail: dcne.ftportugal@gmail.com

Certos que o seu contributo nos irá ajudar a desenvolver este trabalho, agradecemos antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade.

Atenciosamente,

Márcia Sofia Gomes de Freitas

INSTRUÇÕES

A sua participação tem por objetivo avaliar a validade facial e a validade de conteúdo do questionário.

Relativamente à validade facial pretende-se avaliar a clareza, a compreensão, a relevância cultural e o ajuste das palavras utilizadas, de forma a produzir uma versão do questionário que seja clara e aceitável para todas as pessoas que o irão utilizar. Especificamente pretende-se: **1. identificar perguntas problemáticas; 2. determinar as razões subjacentes; 3. registar as soluções propostas para uma melhor formulação.**

Relativamente à validade de conteúdo pretende-se examinar se todos os conceitos de interesse do constructo estão devidamente representados pelos itens do questionário divididos em três secções, nomeadamente: “Caracterização dos Participantes”; “Caracterização Geral da Prática Clínica”; “Caracterização Específica da Prática Clínica em Indivíduos com DCne”.

GRELHA DE AVALIAÇÃO

SEÇÃO 1 – Caracterização dos Fisioterapeutas Experts

1. Nome: _____
2. Idade: ____ anos
3. Qual a região do país onde exerce a sua prática clínica?
Portugal Continental Norte ☐
Portugal Continental Centro ☐
Portugal Continental Sul ☐
RAA ☐
RAM ☐
4. Qual o sector de prática onde exerce?
Setor Público ☐
Setor Privado ☐
Setor Público-Privado ☐
Outro ☐ Qual? _____
5. Local onde exerce a profissão: _____
6. Tempo de exercício profissional na área de músculo-esquelética: _____ anos
7. Quais as suas qualificações académicas? (*Assinale todas as que se aplicam*)

Grau	
Bacharelato em Fisioterapia	
Licenciatura em Fisioterapia	
Mestre em Fisioterapia	
Mestre numa área relacionada Qual? _____	
Doutorado em Fisioterapia	
Doutorado numa área relacionada Qual? _____	

8. Realizou formações pós-graduadas na área de condições músculo-esqueléticas?

☐ Sim

☐ Não

8.1. Se sim, indique quais?

Formação	
Cyriax	
McKenzie	
Mulligan	
Maitland	
Shacklock	
Reeducação Postural Global	
Pilates Clínico	
Outra(s), Qual(is)? _____	

SEÇÃO 2 – Opinião sobre o questionário

1. No geral, considera o questionário claro, fácil de compreender e responder? Longo? Adaptado aos futuros respondentes (fisioterapeutas)? Considera as instruções claras?	Sim		Não	
Se respondeu “não”, explique porquê.				

2. Tendo em conta a população a quem se dirige o questionário, considera que os itens do questionário são representativos do que se pretende avaliar?	Sim		Não	
Se a respondeu “não”, especifique qual o item(ns) e porquê.				
3. Considera que todos os itens do questionário são claros e fáceis de compreender e responder?	Sim		Não	
Se a respondeu “não”, especifique qual o item/palavra e sugira outro(a) para o(a) substituir.				
4. Considera que todas as opções de resposta são claras e coerentes com as questões/ afirmações efetuadas?	Sim		Não	
Se respondeu “não”, especifique qual o item e porquê.				
5. Considera algum item/palavra pouco claro(a) ou ambíguo(a)?	Sim		Não	
Se respondeu “sim”, indique o item/palavra que sugere adicionar e/ou substituir.				

6. Considera algum item do questionário inapropriado culturalmente?	Sim		Não
Se respondeu "sim", indique o item e sugira outro para o substituir.			

Quanto tempo demorou a responder ao questionário? _____ Min.

Obrigada pela sua colaboração!



CARTA CONVITE

Caro(a) Colega

O meu nome é Márcia Sofia Gomes de Freitas, sou estudante do Curso de Mestrado em Fisioterapia – Condições Músculo-esqueléticas, lecionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, e a *Nova Medical School*/ Faculdade de Ciências Médicas e Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Neste momento, sob orientação científica do Professor Eduardo Cruz e coorientação da Professora Lúcia Domingues, estou a desenvolver um questionário que é parte integrante da dissertação final de Mestrado. Tem como objetivo caraterizar a prática atual dos fisioterapeutas em Portugal, na área de músculo-esquelética, em indivíduos com Dor Cervical não específica (DCne) definida como ausência de anormalidades estruturais identificáveis ou processos patológicos específicos subjacentes aos sintomas.

O questionário é constituído por três seções – “Caracterização dos Participantes”; “Caracterização Geral da Prática Clínica em Utentes com DCne” e “Caracterização Específica da Prática Clínica em Indivíduos com DCne”.

Considerando que apresentação os critérios de inclusão à integração no estudo, vimos por este meio, solicitar a sua colaboração para avaliar a clareza, a compreensão, a relevância cultural e a adequação dos itens e das palavras utilizadas no questionário.

Assim, solicitamos que após o preenchimento do questionário *online* responda às questões que lhe são colocadas e que constam na seção 1 (em anexo) de forma a dar a sua opinião sobre a compreensão e adequação dos itens do questionário. Solicitamos ainda que contabilize o tempo que despendeu no preenchimento deste questionário e o registe no local indicado.

Para ter acesso ao questionário *online* clique no link abaixo mencionado e utilize o seguinte código de acesso XXXXX.

<>

Caso surja alguma dúvida por favor não hesite em contactar-me através do número: **968504278 (Sofia Freitas)** ou pelo seguinte e-mail: dcne.ftportugal@gmail.com

Certos que o seu contributo nos irá ajudar a desenvolver este trabalho, agradecemos antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade.

Cumprimentos,

Sofia Freitas



Relatório – Teste Piloto

Este teste teve como principal objetivo verificar se as questões formuladas eram claras, se existia duplo sentido nas respostas ou identificar a necessidade de alterar a formulação de alguma questão e/ou resposta de acordo com Pensri, Foster, Sricuk, Baxter & McDonough (2005) e Oppenheim (1992). Permitindo averiguar o funcionamento da plataforma *online* utilizada, a *LimeSurvey*, e o seu respetivo preenchimento. Contribuindo assim para a disponibilização da versão final do Questionário de Caracterização da Prática Profissional da Fisioterapia em Indivíduos com Dor Cervical Não Específica em Portugal.

Consistiu no envio de um *email* aos respetivos fisioterapeutas no qual continha a carta convite à participação no teste e ainda uma grelha de avaliação do questionário e as respetivas instruções para o seu preenchimento.

A grelha de avaliação foi composta por seis questões fechadas dicotómicas (sim/não) com a oportunidade de redigir algum comentário e ainda uma última questão aberta sobre o tempo que demorou a responder ao questionário. Importa ainda referir que a decorreu entre o dia 25 de Abril a 02 de Maio.

Início: 25 de Abril de 2019 Fim: 02 de Maio de 2019

Número de Convites Enviados: 10

Número de Respostas Obtidas: 10

GRELHA DE AVALIAÇÃO

INSTRUÇÕES

A sua participação tem por objetivo avaliar a clareza, a compreensão, a relevância cultural e a adequação dos itens e das palavras utilizadas no questionário.

O questionário é constituído por três seções – “Caracterização dos Participantes”; “Caracterização Geral da Prática Clínica em Utentes com DCne” e “Caracterização Específica da Prática Clínica em Indivíduos com DCne”.

Assim, solicitamos que após o preenchimento do questionário *online* responda às questões que lhe são colocadas e que constam na seção 1 de forma a dar a sua opinião sobre a compreensão e adequação dos itens do questionário. Solicitamos ainda que contabilize o tempo que despendeu no preenchimento deste questionário e o registre no local indicado.

QUESTÕES E ANÁLISE DAS RESPOSTAS OBTIDAS

	Sim	Não
Questão 1 No geral, considera o questionário claro, fácil de compreender e responder? Longo? Adaptado aos futuros respondentes (fisioterapeutas)? Considera as instruções claras?	10	0
Questão 2 Tendo em conta a população a quem se dirige o questionário, considera que os itens do questionário são representativos do que se pretende avaliar?	10	0
Questão 3 Considera que todos os itens do questionário são claros e fáceis de compreender e responder?	10	0
Questão 4 Considera que todas as opções de resposta são claras e coerentes com as questões/ afirmações efetuadas?	9	1
Questão 5 Considera algum item/palavra pouco claro(a) ou ambíguo(a)?	0	10
Questão 6 Considera algum item do questionário inadequado culturalmente?	0	10
Questão 7 Quanto tempo demorou a responder ao questionário?	≈ 14,01 minutos	

	Comentário/Sugestão	Consideração
Questão 1	Sem sugestões de alteração. <i>O questionário claro, fácil de compreender e responder; com instruções claras e adaptado aos futuros respondentes.</i>	
Questão 2	Sem sugestões de alteração. <i>Todos os itens do questionário são representativos do que se pretende avaliar.</i>	
Questão 3	Sem sugestões de alteração. <i>Todos os itens do questionário são claros e fáceis de compreender e responder.</i>	
Questão 4	Na questão a seguir ao condicionamento por prescrição médica surge como obrigatório responder ao item “se a intervenção for condicionada por prescrição...” e não deveria ser obrigatório. O mesmo acontece com a última pergunta, da identificação dos fisioterapeutas	Foi verificado que, por lapso, foi colocada a obrigatoriedade na questão 18 “Se o seu planeamento da intervenção é condicionado por prescrição médica, quais os

		<p>parâmetros incluídos?” e no final do questionário quando referido “Obrigada(o) pela sua participação. Gostaria também de lhe solicitar que, se possível, identifique dois fisioterapeutas que saiba que intervêm com indivíduos com DCNe e possam participar no estudo”. Deste modo foi retirado a obrigatoriedade de resposta em ambas as questões.</p>									
Questão 5	Sem sugestões de alteração. <i>Sem nenhum item ambíguo ou pouco claro</i>										
Questão 6	Sem sugestões de alteração. <i>Sem nenhum item inapropriado culturalmente.</i>										
Questão 7	20	18	16	15	15	17	05	05	15	15	≈ 14,01minutos

Apêndice 7- Figuras da Caraterização Genérica do Padrão de Prática

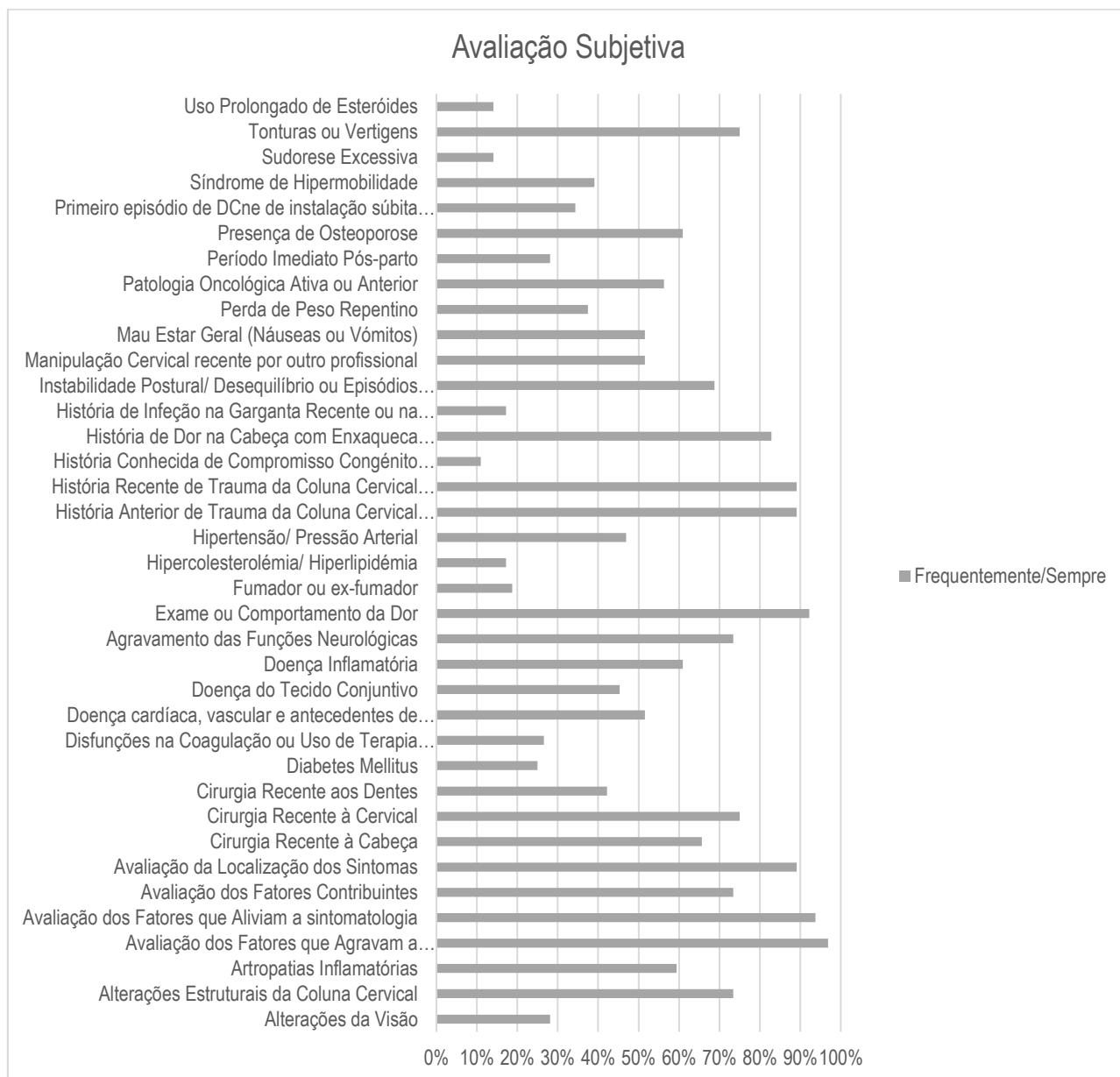


Figura 13 Todos os Parâmetros da Avaliação Subjetiva

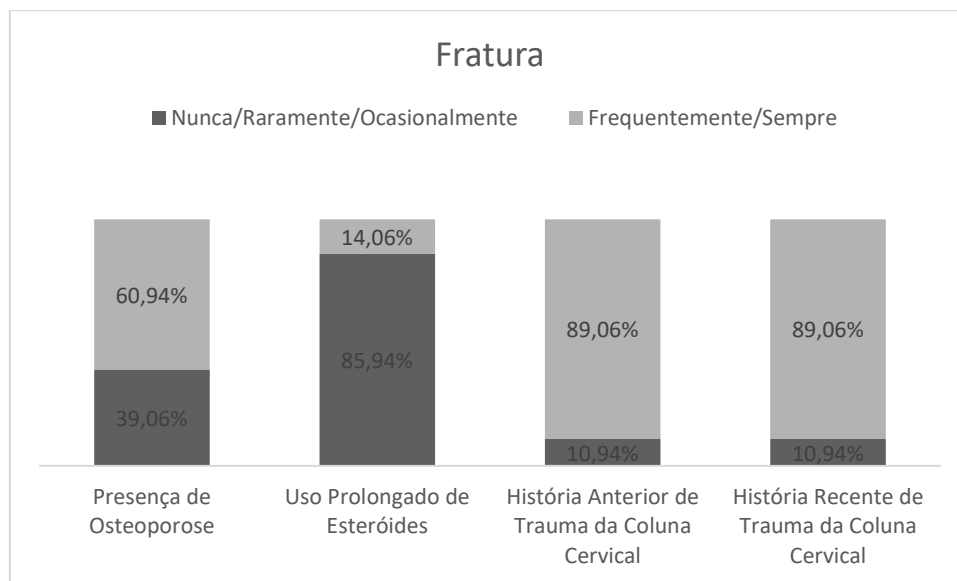


Figura 14 Relação de Red Flags com Presença de Fratura

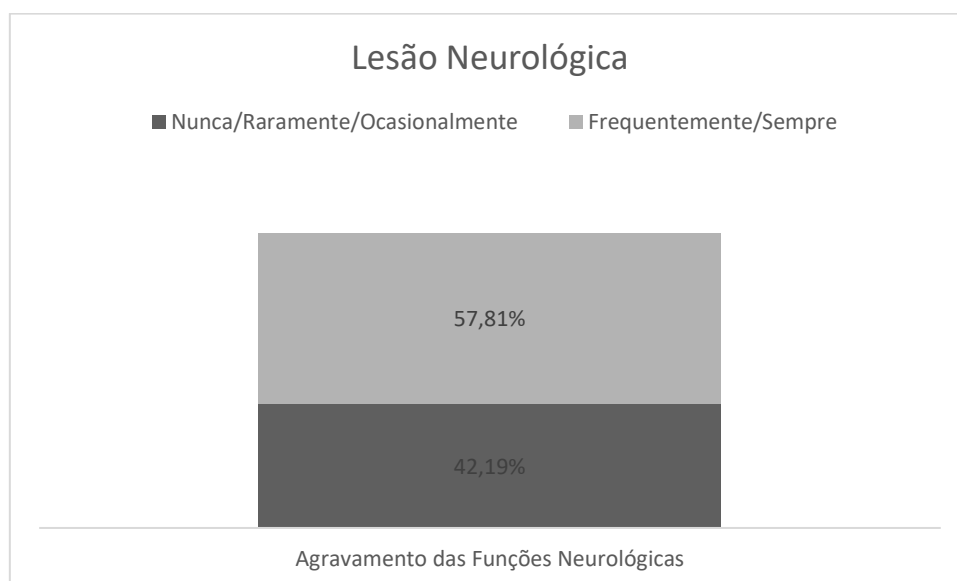


Figura 15 Relação de Red Flags com Presença de Lesão Neurológica

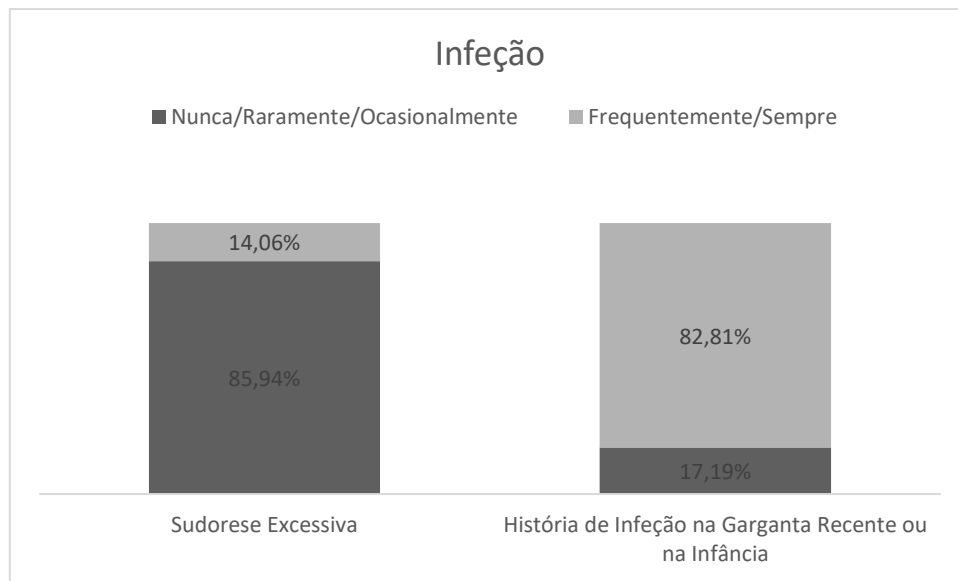


Figura 16 Relação de Red Flags com Presença de Infecção

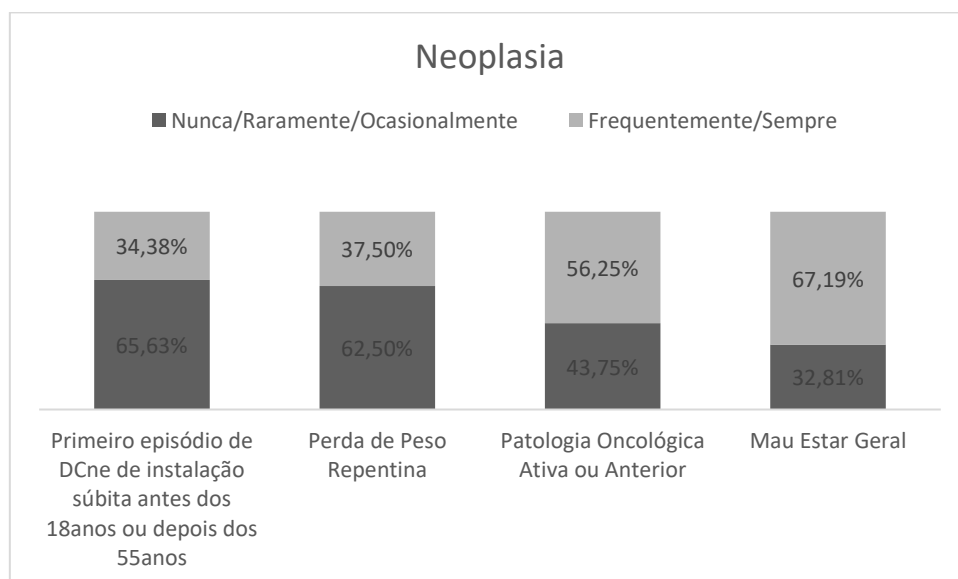


Figura 17 Relação de Red Flags com Presença de Neoplasia

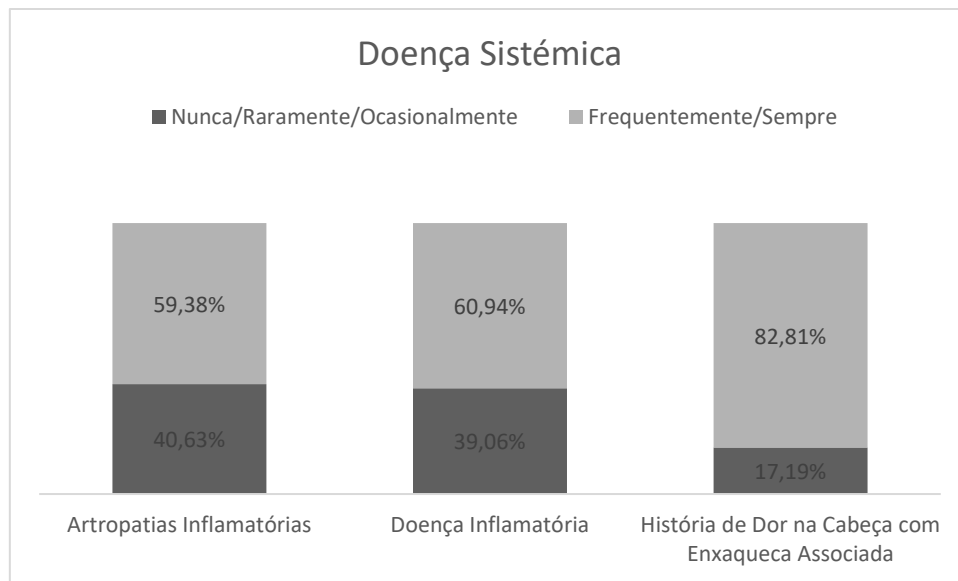


Figura 18 Relação de Red Flags com Presença de Doença Sistêmica

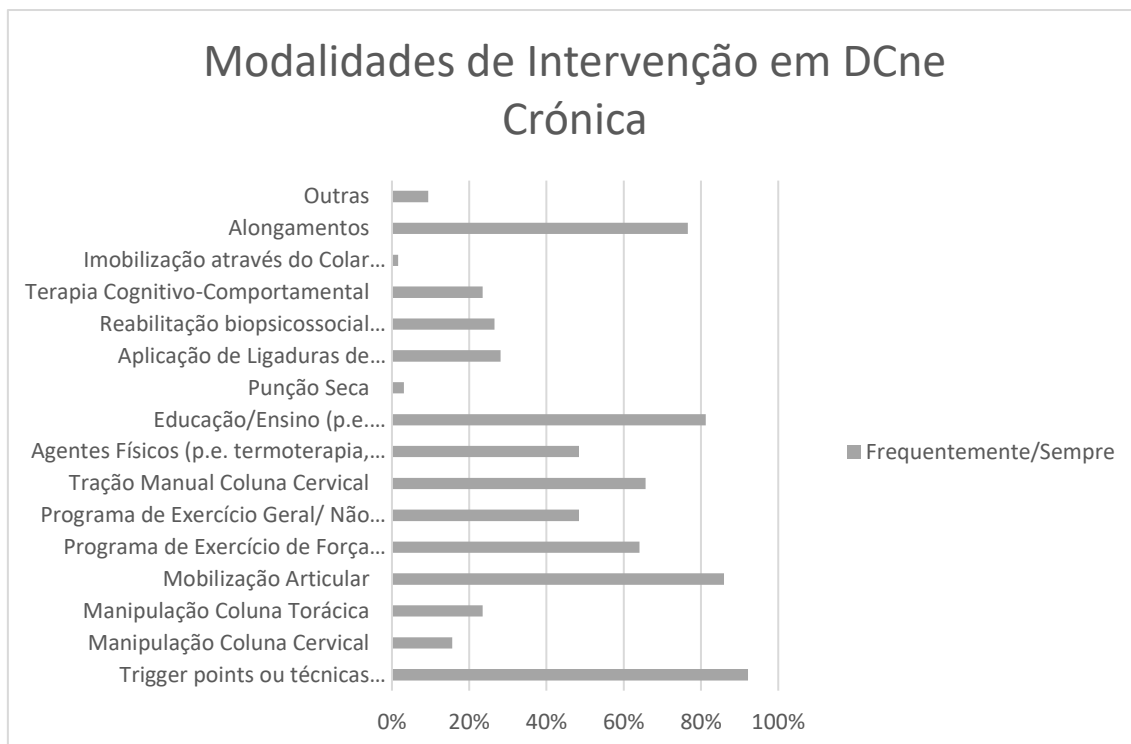


Figura 19. Todas as Modalidades de Intervenção utilizadas em DCne aguda/subaguda

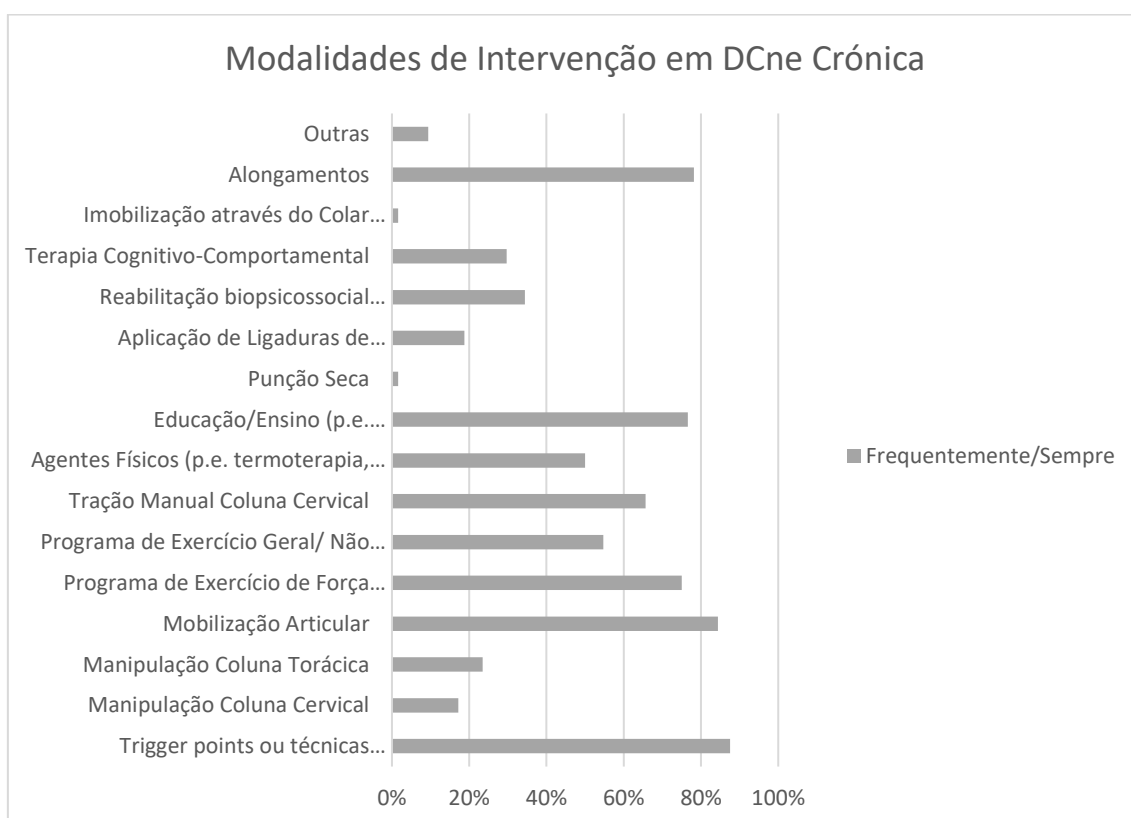


Figura 20. Todas as Modalidades de Intervenção utilizadas em DCne crónica

Apêndice 8- Associações Estatisticamente Significativas das Modalidades de Intervenção

Itens Avaliados	Realização de Formação Pós-Graduada		Testes Estatísticos		
	Sim	Não	Valor de p	Qui-Quadrado	Phi
Agentes Físicos					
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	22	12	.048	3,906	.247
Frequentemente/Sempre	12	18			
Total	34	30			

Tabela 1 Associação Estatisticamente significativa entre a realização de Formação Pós-Graduada e as modalidades de intervenções em DCne aguda/subaguda

Itens Avaliados	Anos de Experiência em Músculo-Esquelética		Testes Estatísticos		
	Inferior a 5anos	Superior a 5anos	Valor de p	Qui-Quadrado	Phi
Programa de Exercício de Força e/ou Resistência para os Flexores Cervicais Profundos					
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	5	17	.005	15,928	.499
Frequentemente/Sempre	30	11			
Total	35	28			

Tabela 2 Associações Estatisticamente Significativas entre os Anos de Experiência em Músculo-Esquelética e as modalidades de intervenção em DCne aguda/subaguda

^a valor providenciado pelo Teste Exato de Fisher

Itens Avaliados	Anos de Experiência em Músculo-Esquelética		Testes Estatísticos		
	Inferior a 5anos	Superior a 5anos	Valor de p	Qui-Quadrado	Phi
Manipulação da Coluna Torácica					
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	31	18	.018 ^a	6,208	.311
Frequentemente/Sempre	4	11			
Total	35	29			
Programa de Exercício de Força e/ou Resistência para os Flexores Cervicais Profundos					
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	5	11	.030	4,729	-.272
Frequentemente/Sempre	30	18			

Total					
-------	--	--	--	--	--

Tabela 5 Associações Estatisticamente Significativas entre os anos de experiência em músculo-esquelética e as modalidades de intervenção em DCne crónica

^a valor providenciado pelo Teste Exato de Fisher

Itens Avaliados	Autonomia		Testes Estatísticos		
	Nunca/Raramente/Ocasionalmente	Frequentemente/Sempre	Valor de p	Qui-Quadrado	Phi
Programa de Exercício de Força Geral					
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	10	23	.006	7,513	-.343
Frequentemente/Sempre	20	11			
Total	30	34			
Agentes Físicos					
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	11	23	.013	6,143	-.310
Frequentemente/Sempre	19	11			
Total	30	34			
Reabilitação Biopsicossocial					
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	27	20	.009 ^a	7.941	.352
Frequentemente/Sempre	03	14			
Total	30	34			

Tabela 6 Associações Estatisticamente Significativas entre a Autonomia e as modalidades de intervenção em DCne aguda/subaguda

^a valor providenciado pelo Teste Exato de Fisher

Itens Avaliados	Autonomia		Testes Estatísticos		
	Nunca/Raramente/Ocasionalmente	Frequentemente/Sempre	Valor de p	Qui-Quadrado	Phi
Manipulação da Coluna Cervical					
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	28	25	.049 ^a	4,392	.262
Frequentemente/Sempre	02	09			
Total	30	34			
Agentes Físicos					

Nunca/Raramente/Ocasionalmente	10	22	.012	6,275	-.313
Frequentemente/Sempre	20	12			
Total	30	34			

Tabela 6 Associações Estatisticamente Significativas entre a Autonomia e as modalidades de intervenção em DCne crónica

^a valor providenciado pelo Teste Exato de Fisher

Itens Avaliados	Região de Prática		Testes Estatísticos		
	Portugal Continental (Norte, Centro e Sul)	Região Autónoma da Madeira	Valor de p	Qui-Quadrado	Phi
Programa de Exercício de Força e/ou Resistência para os Flexores Cervicais Profundos					
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	08	12	.048	6,071	.318
Frequentemente/Sempre	27	12			
Total	35	25			
Tração Manual Coluna Cervical					
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	17	04	.013 ^a	6,801	.337
Frequentemente/Sempre	18	21			
Total	35	25			
Aplicação Kinesiotape					
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	33	11	.005 ^a	18,857	.561
Frequentemente/Sempre	02	14			
Total	35	25			

Tabela 6 Associações Estatisticamente Significativas entre a Região de Prática e as modalidades de intervenção em DCne aguda/subaguda

^a valor providenciado pelo Teste Exato de Fisher

Itens Avaliados	Região de Prática		Testes Estatísticos		
	Portugal Continental (Norte, Centro e Sul)	Região Autónoma da Madeira	Valor de p	Qui-Quadrado	Phi
Tração Manual Coluna Cervical					
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	17	03	.005 ^a	8,777	.382
Frequentemente/Sempre	18	22			
Total	35	25			
Aplicação Kinesiotape					
Nunca/Raramente/Ocasionalmente	33	17	.012 ^a	7,255	.348
Frequentemente/Sempre	02	08			
Total	35	25			
Reabilitação Biopsicossocial					

Nunca/Raramente/Ocasionalmente	26	12	.037	4,339	.269
Frequentemente/Sempre	09	13			
Total	35	25			

Tabela 6 Associações Estatisticamente Significativas entre a Região de Prática e as modalidades de intervenção em DCne crónica

^a valor providenciado pelo Teste Exato de Fisher

Anexos

Anexo 1- Parecer Final da Comissão de Ética para a Investigação da Escola Superior de Saúde (CEE-ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal



COMISSÃO ESPECIALIZADA DE ÉTICA EM INVESTIGAÇÃO

Parecer nº37/CC/2018

SOLICITAÇÃO

Pedido de parecer à Comissão Especializada de Ética em Investigação da ESS-IPS relativo a segunda submissão do estudo "Caracterização da Prática Profissional da Fisioterapia em Indivíduos com Dor Cervical Não Específica em Portugal". O estudo é proposto pela estudante Márcia Freitas no âmbito do 2º ano do Curso de Mestrado em Fisioterapia – Ramo de Condições Músculo-esqueléticas, leccionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS), a NOVA Medical School/Faculdade de Ciências Médicas e Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. O estudo é orientado pelo Professor Doutor Eduardo Brazete Cruz e co-orientado pela professora Mestre Lúcia Domingues.

DOCUMENTAL

Dossier de submissão: sinopse do estudo, convite aos participantes com informação do estudo e carta explicativa, formulário de consentimento informado e instrumento de recolha de dados.

ANÁLISE E PARECER

1. Foi introduzida informação na sinopse apresentada que permite ajuizar sobre as técnicas de amostragem, análise e tratamento de dados, conforme recomendado no primeiro parecer emitido por esta comissão. Encontram-se clarificados os procedimentos para garantia do anonimato e carácter voluntário da participação no estudo.

2. Os procedimentos para recrutamento dos potenciais participantes no estudo e no pré-teste mencionado, encontram-se explicitados. Foi incluída informação que clarifica a estratégia utilizada para obtenção dos contactos de e-mail dos potenciais participantes, bem como a premissa de autorização dos próprios para divulgação dos seus contactos de e-mail (no método “snowball sampling”).
3. Quanto à informação facultada aos potenciais participantes: a forma de apresentação aos participantes encontra-se clarificada; foram realizados os ajustes recomendados ao nível do conteúdo (eliminação de incoerências; clarificação/ correção de conteúdos e eliminação de conteúdos repetidos); foi introduzida informação referente à instituição que aprova cientificamente o estudo, orientadores científicos e contactos institucionais dos investigadores.
Na questão “E se houver algum problema?”, recomenda-se, novamente, que seja facultado um contacto externo à equipa de investigação.
4. No que diz respeito ao formulário de consentimento informado, foi incluída informação que torna explícita a garantia de anonimato e o armazenamento seguro dos dados.
5. Em conclusão, consideramos que o estudo preenche os requisitos éticos, com preocupações relativas à proteção dos direitos dos participantes, pelo que é apresentado parecer favorável.

Setúbal, 11 de Março de 2019

P¹la CEEI

